

بررسی تاثیر میدان های شعوری طاهری بر کاهش اختلالات شخصیت مرزی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی در پایتخت ایران

مهری شیخو^۱، محمدعلی طاهری^۲

خلاصه

هر ذره‌ای در جهان هستی تحت تاثیر میدان‌های مختلفی از جمله میدان گرانشی، میدان الکترومغناطیسی، میدان هسته ای ضعیف، و میدان هسته ای قوی قرار دارد. بر اساس تئوری محمد علی طاهری، بنیان‌گذار طب های مکمل (فردارمانی- سایمنتولوژی)، میدان‌های متفاوتی از سایر میدان‌های فیزیکی، با ماهیتی غیرمادی و غیرانرژی‌ایی به نام میدان‌های شعوری طاهری (ط) معرفی می‌شوند که در حال حاضر، فقط از طریق تجربه می‌توان به وجود آنها پی برد. یکی از نتایج عملکرد میدان‌های شعوری (ط)، تشخیص و درمان اختلالات ذهنی-روانی وجود انسان است. اختلال شخصیت مرزی، اختلالی چندبعدی است که با نارسای‌های متعددی در روابط بین فردی، خود پنداره و کنش‌های شناختی مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی امکان کاهش اختلالات شخصیت مرزی با قرارگیری در میدان‌های شعوری (ط) است. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی، دارای دو گروه کنترل و آزمایش است و نمرات پیش آزمون، طی فرایند تحلیل کنترل شده است. جامعه آماری، از بین مراجعین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های روانشناسی تهران در سال ۱۳۹۸ انتخاب شده‌اند. نمونه آماری شامل ۲۸ نفر از مراجعین زن دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی با استفاده از پرسشنامه شخصیت مرزی (STB) است. انتخاب نمونه بصورت تصادفی بوده و افراد در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. گروه آزمایش در این مطالعه بیمارانی هستند که به مدت ۶۰ دقیقه تحت تاثیر میدان‌های شعوری (ط) قرار گرفتند. جهت تعیین اثربخشی مداخله از آزمون آنکوا با کنترل پیش آزمون استفاده شد. نتایج حاکی از اثربخشی مداخله و ۲۷ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. جهت بررسی فرضیه‌های فرعی از آزمون مانکوا استفاده شد. بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت و اثر بخشی درمان ۳۲ درصد بود و توان آماری نیز حاکی از کفایت نسبی حجم نمونه بوده است. طبق نتایج، تاثیر میدان‌های شعوری (ط) در کاهش ناامیدی، تکانش‌گری به ترتیب ۲۵ درصد، ۱۴ درصد موثر بوده است. بنابراین فرضیه‌های فرعی ۱ و ۲ تأیید و فرضیه ۳ تاثیر بر علائم تجزیه ای شخصیت (پارانویید) رد شد.

۱. دپارتمان روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۲. بخش تحقیق و توسعه ساینسکت، مرکز تحقیقات Cosmointel Inc. انتاریو، کانادا

*نویسنده مسئول:

دپارتمان روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

پست الکترونیکی: mehri.sheykhu@srbiau.ac.ir

کلیدواژه ها: میدان‌های شعوری طاهری، فردارمانی، سایمنتولوژی، اختلال شخصیت مرزی

در موردش مطرح کرد.

از بررسی‌های زیستی (بیولوژیک) هم می‌توان برای تشخیص کمک گرفت، چنانکه در برخی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دوره خواب آلودگی^۱ کوتاه شده، تداوم خواب مختل است و نتایج غیرطبیعی در آزمون فرونشانی دگزامتازون و هم‌چنین آزمون تحریک با هورمون آزادکننده تیروتروپین دیده می‌شود (۱۱). اما این تغییرات در برخی از بیماران دچار اختلالات افسردگی هم دیده می‌شود. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه به‌نظر می‌رسد که در بحران به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق^۲ در مبتلایان شایع است: یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشند، لحظه بعد افسرده و لحظه‌ای دیگر شاکی از این‌که هیچ احساسی ندارند (۱۲). اینگونه بیماران ممکن است حملات روانپریشی با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود، اما حملات شدید و تمام‌عیار روانپریشی در اینها دیده نمی‌شود؛ در واقع علایم روانپریشی که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی پیدا می‌کنند، تقریباً همیشه محدود، گذرا و مشکوک است (۳). رفتار اینگونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین‌رو آنها تقریباً هیچ‌وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان هست، دست نمی‌یابند. دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودزنی‌های مکرر آنها مشهود است. اینگونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم، یا برای کرخت کردن خود در برابر حالت عاطفی فلج‌کننده‌ای که دارند، ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگر خودزنی کنند. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت^۳ را همزمان دارند، روابط بین فردی‌شان آشفته و به‌هم‌ریخته است. ممکن است به

اختلال شخصیت مرزی به عنوان الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط بین فردی، خودپنداره، عواطف و تکانشگری بارز شناخته می‌شود و در زمینه‌های متعددی تظاهر می‌یابد (۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۱ در مرز روان‌نژندی و روان‌پریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار و روابط ابژه‌ای و خودانگاره^۲ آنها است. این اختلال را به نام‌های اسکیزوفرنی موقت^۳، شخصیت‌انگاری^۴ اصطلاحی که هلن داش^۵ وضع کرده است، اسکیزوفرنی شبه‌نوروتیک^۶ (که پاول هوخ و فیلیپ پولیتن وصف کرده‌اند) و اختلال منش سایکوتیک (که جان فُرش ذکر کرده است) نیز خوانده‌اند (۲). در ICD-10 نیز اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی^۷ نامیده شده است (۳). علت اصلی این اختلال ناشناخته مانده است؛ اما به گفته محققان در عواملی چون وراثت (۴)، نابهنجاری‌های مغزی (۵) و تجارب اولیه زندگی (۷) ریشه دارد.

تاکنون هیچ مطالعه‌ای نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد اما به‌نظر می‌رسد یک تا دو درصد از جمعیت جهان مبتلا باشد (۸)، (۹) و در زنها نیز دو برابر مردها شایع است (۱). این اختلال از نوجوانی آغاز می‌شود، در اوایل بزرگسالی به اوج می‌رسد و در میانسالی کاهش می‌یابد (۸). این اختلال پنج برابر در میان خویشاوندان بیولوژیکی درجه‌ی اول نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر است (۱۰). طبق DSM-IV-TR اگر بیماری از اوایل بزرگسالی حداقل پنج مورد از ملاک‌هایی (فراگیری بی‌ثباتی، روابط میان فردی، عواطف، تکانشگری محسوس و ناامیدی) را داشته باشد می‌توان تشخیص اختلال شخصیتی مرزی را

۱. Borderline.

۲. Self-image.

۳. ambulatory.

۴. as-if personality.

۵. Helene Deutsch.

۶. Pseudoneurotic.

۷. Emotionally unstable.

۸. REM.

۹. Mood swing.

۱۰. Hostile.



کسی که احساس نزدیکی با او می‌کنند، وابسته شوند، و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم اگر احساس سرخوردگی پیدا کنند، خشمی بسیار زیاد ابراز می‌کنند (۳). بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه‌وار به جست‌وجوی ایجاد رابطه برمی‌آیند، ولو این‌که رابطه برای خودشان ارضاکنده نباشد.

آن‌ها برای رفع تنهایی خود حتی اگر دیری هم نپاییده باشد، با غریبه‌ها دوست می‌شوند یا به بی‌بندوباری می‌افتند (۱۳). آن‌ها اغلب از احساس مزمن پوچی و بی‌حوصلگی و فقدان احساس هویتی یکدست (ابهام در هویت) شاکی‌اند، و وقتی تحت فشار قرار می‌گیرند، از این شکایت می‌کنند که اکثر اوقات علی‌رغم ابزار شدید حالات عاطفی دیگر بسیار افسرده‌اند. کرنبرگ، سازوکاری دفاعی به نام همانندسازی فرافکنانه^{۱۲} را وصف کرده است که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به کار می‌برند. در این سازوکار دفاعی بدوی، فردی جنبه‌های غیرقابل تحمل خود را به فردی دیگر فرافکنی می‌کند و به این ترتیب او را وادار به ایفای نقشی می‌کند که به او فرافکنی^{۱۳} شده است، در نتیجه هر دو به شکلی واحد عمل می‌کنند (۱۴).

درمانگر باید از این روند به خوبی آگاه باشد تا بتواند این‌گونه بیماران رفتاری خنثی در پیش بگیرد. اکثر درمانگران بر این باورند که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی در آزمون‌های ساختارمندی مثل مقیاس هوشی و کسلر برای بزرگسالان^{۱۴} قدرت استدلال متعارفی از خود نشان می‌دهند و تنها در آزمون‌های ساختارنیافته فرافکنانه‌ای مثل آزمون رورشاخ است که اختلالات مربوط به روند (پردازش) فکر در آنها قابل رؤیت می‌شود. کارکرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز به‌گونه‌ای است که روابط آن‌ها مختل می‌شود، چون همه افراد را یا خوب مطلق می‌پندارند یا بد مطلق، یعنی افراد به نظر آن‌ها یا حامی آنهایند و لذا باید به

آن‌ها دل بست، یا منفور و آزارگر (سادیست)‌اند و احساس امنیت آن‌ها را مختل می‌کنند، از این رو تهدیدی برای او محسوب می‌شوند. در نتیجه دو نیم‌سازی است که بیمار، افراد خوب را آرمانی می‌بیند و افراد بد را به کلی فاقد ارزش. به همین دلیل است که این بیماران هر زمان، از فرد یا گروه متفاوتی حمایت می‌کنند.

برخی از درمانگران مشخصه‌های اصلی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را با این مفاهیم ذکر می‌کنند:

هراس عام (همه چیز هراسی)، اضطراب عام (از همه چیز مضطرب شدن)، دودلی عام (در همه کار دو دل بودن)، و رفتار جنسی آشوبناک. افتراق بیماران مرزی از اسکیزوفرن بر این اساس ممکن است که در بیماران مرزی، حملات روان‌پریشی، اختلال فکر، یا سایر علایم کلاسیک اسکیزوفرنی، هیچ وقت به مدت طولانی وجود ندارد. بیماران دچار اختلال شخصیت اسکیزوتیپی نیز نحوه تفکری بسیار منحصر به فرد، افکار عجیب، و افکار مکرر انتساب به خود دارند. مشخصه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، وجود شکاکیت مفرط است. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی عموماً احساس مزمن پوچی و حمله‌های کم‌دوام روان‌پریشی دارند؛ تکانشی عمل می‌کنند و توقع روابطی غیرمتعارف دارند؛ ممکن است خودزنی کنند و دست به خودکشی‌های فریبکارانه بزنند. بنابراین چنین ویژگی‌ها و پیامدهایی در این اختلال قانداست زندگی فردی، شغلی و خانوادگی مبتلایان و اطرافیان را دچار مسئله کند (۱، ۱۵).

در قرن حاضر، Consciousness (آگاهی و هوشیاری) جایگاه آن در دنیای علم، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. تئوری‌های فلسفی و علمی زیادی در این زمینه ارائه شده است. در دهه ۱۹۸۰، محمد علی طاهری، میدان‌های جدیدی با ماهیت غیرمادی و غیرانرژیایی معرفی کرده است که میدان‌های شعوری طاهری^{۱۵} نامیده می‌شوند. در این دیدگاه، شعور (ط) یکی از سه عنصر موجود در جهان

۱۱. Identity diffusion.

۱۲. Projective identification.

۱۳. Project.

۱۴. WAIS.

۱۵. Taheri Consciousness Fields.

هستی به جز ماده و انرژی است.

بر اساس این تئوری، میدان‌های شعوری (ط) متنوع با عملکردهای مختلفی وجود دارد که زیرمجموعه‌ی شبکه اینترنت کیهانی به نام شبکه شعور کیهانی یا CCN هستند. تفاوت عمده بین تئوری میدان‌های شعوری (ط) با دیگر مفاهیم تئوری ارائه شده در رابطه با شعور (ط)، کاربرد و استفاده عملی از میدان‌های شعوری (ط) است. این میدان‌ها قابل اعمال بر همه موجودات زنده و غیرزنده از قبیل انسان‌ها، گیاهان، حیوانات، میکروارگانیسم‌ها، مواد و غیره هستند.

علم جدید ساینس‌فکت در سال ۲۰۲۰ توسط محمدعلی طاهری، بنیانگذار مکتب عرفان کیهانی حلقه به عنوان یکی از زیر مجموعه‌های این مکتب، معرفی شده است. نام «ساینس‌فکت»، به این دلیل انتخاب شده است که از تحقیقات علمی به منظور تایید وجود شعور به عنوان یک «وجود مسلم» (فکت) استفاده می‌کند. اگرچه علم رایج، صرفاً مطالعه ماده و انرژی را مدنظر دارد و در مقابل، ساینس‌فکت اثرات میدان‌های شعوری (ط) (غیرمادی و غیر انرژیایی) را کاوش می‌کند؛ اما، ساینس‌فکت با انجام تحقیقات آزمایشگاهی تکرار پذیر در حوزه‌های مختلف علم، زمینه مشترکی را بین این دو پدیدار نموده و از این قابلیت به منظور اثبات «شعور (ط)» و «میدان‌های شعوری (ط)» ناشی از آن، استفاده کرده است. اثرگذاری میدان‌های شعوری (ط) با اتصال بین شبکه شعور کیهانی به عنوان شعور کل و موضوع مورد مطالعه به عنوان جزء آغاز می‌شود. اتصال توسط ذهن فرادرمانگر (فرد آموزش دیده‌ای که میدان‌های شعوری (ط) به او تفویض شده است) برقرار می‌گردد. ذهن انسان نقشی واسط (اعلام‌کننده) را دارد که با یک توجه کوتاه و آنی (نظر) به موضوع مورد مطالعه عمل کرده و دستاورد اصلی، در نتیجه اثرات میدان‌های شعوری (ط) حاصل می‌شود. این میدان‌ها مستقیماً قابل اندازه‌گیری توسط علم نیستند، اما می‌توان اثرات آنها را بر موضوعات مختلف از طریق آزمایش‌های تکرار پذیر بررسی کرد (۱۶).

پایه‌ریزی تحقیقات اولیه «شعور (ط)» بر اساس سلسله

مراتب فرض، حکم و برهان صورت گرفته که در آن، **فرض اولیه:** شکل‌گیری کیهان از جزء سومی متفاوت از ماده و انرژی به نام «شعور» است، **حکم:** وجود «شعور(ط)» (میدان‌های شعوری (ط)) می‌تواند توسط اثراتش بر روی ماده و انرژی (مانند انسان، حیوان، گیاه، میکروارگانیسم، سلول‌ها، مواد و غیره) اثبات شود، **برهان:** تایید علمی اثرات میدان‌های شعوری (ط) بر ماده و انرژی (مطابق حکم تعیین شده) است که از طریق انجام آزمایش‌های علمی تکرار پذیر مختلف انجام می‌شود. بر این اساس، با هدف اثبات وجود، اثربخشی و مکانیسم میدان‌های شعوری (ط) و تحلیل‌های آن، فازهای تحقیقاتی صفر تا چهار و اهداف هر کدام در این راستا به شرح زیر تعریف می‌گردد:

هدف تحقیقات در **فاز صفر:** اثبات وجود میدان‌های شعوری (ط) با مشاهده اثرات آنها است. در این فاز به ماهیت و چیستی شعور پرداخته نخواهد شد. **فاز اول:** به بررسی تنوع اثرگذاری میدان‌های شعوری (ط) ناشی از «شعور(ط)» می‌پردازد. **فاز دوم:** چرایی تنوع اثرگذاری میدان‌های شعوری (ط) را بررسی می‌کند. **فاز سوم:** بررسی مکانیسم اثرات میدان‌های شعوری (ط) بر ماده و انرژی را به عهده دارد. نهایتاً، **فاز چهارم:** نتیجه‌گیری‌های کلان به ویژه در ارتباط با ذهن و حافظه ماده و ارتباط آن با «شعور(ط)» و غیره را خواهد گرفت. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر میدان‌های شعوری (ط) بر کاهش اختلالات شخصیت مرزی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روانشناسی پایتخت ایران انجام شد.

کاربرد میدان‌های شعوری طاهری

نمونه‌های مورد مطالعه تحت تاثیر میدان‌های شعوری (ط) بر اساس پروتکل‌هایی در وب سایت مدیریت تحقیقات در میدان‌های شعوری (ط) (www.COSMOintel.com)



قرار گرفتند. درخواست اتصال به شبکه شعور کیهانی برای استفاده از میدان شعوری فرادرمانی را می‌توان از طریق وب سایت COSMOintel در بخش مربوط به «اعلام نظر» قرار داد. درخواست نظر و ارتباط برای همگان رایگان می‌باشد. به منظور تجربه میدان‌های شعوری (ط) و انجام پژوهش در این زمینه، در هر زمانی و در هر مکانی، محققین پس از ثبت نام در وب سایت ذکر شده، بعضی از مشخصات آزمایش مورد نظر را به مرکز راهنما گزارش می‌نمایند. برای مثال، شماره نمونه‌ها، کنترل و نام قراردادی آنها باید مشخص گردد.

روش اجرا

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (STB): مقیاس شخصیتی STB، شامل ۱۸ ماده است که به صورت بلی - خیر جواب داده می‌شود. البته در این مقیاس از متون معتبر روانشناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف DSM-IV-TR از BPD را پوشش دهد، بنابراین مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می‌باشد (۱۷). ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، رولینگر (۱۸). ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STB با مقیاس‌های روان رنجور خوئی و روان پریشی گرای EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است. فرم تجدید نظر شده ی پرسش نامه شخصیتی آیزنگ EPQ-R به عنوان ابزار دوم و به منظور احراز روایی همزمان STB بر روی ۶۵ نفر به کار گرفته شد. پایایی بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون نیز اعدادی بین حداقل ۰/۷۶ برای شاخص روان پریشی و حداکثر ۰/۹۰ برای شاخص برون گرایی می‌باشد (۱۲). در مراکز مشاوره پرسشنامه STB بین مراجعین توزیع و نمونه هدف غربال شد. پس از تعیین تعداد نفرات دو گروه کنترل و آزمایش، شرکت کنندگان بصورت تصادفی در دو گروه گمارش شدند که شامل دو گروه ۱۴ نفره بودند و به

پرسش نامه های مربوط به هر متغیر در مرحله پیش آزمون پاسخ دادند. پس از مداخله پس آزمون اجرا و جمع‌آوری و داده‌ها در نرم افزار SPSS ورژن بیست وارد شد و در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جلسات آموزشی دوماه، هر هفته ۳ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه روی بیماران شخصیت مرزی کار فرادرمانی (اتصال به هوشمندی) و تئوری ذهن فراکل نگر انجام شد. تعداد جلسات در کل ۲۲ جلسه تمرینات حضوری بود.

بینش و تعاریفی که در این جلسات داده شد، شامل تعریف اختلالات شخصیت مرزی، ابعاد وجودی که متشکل از کالبد‌های مختلف وجود مانند کالبد ذهنی، کالبد روانی، کالبد اختری و کالبد فیزیکی، تعریف اختلالات روان‌تنی و تعریف رفتارهای دوگانه و مکانیزم‌های دفاعی، تعریف انواع تضاد مانند تضاد باخود، تضاد با هستی، تضاد با خدا و تضاد با دیگران، تعریفی از سایمنتولوژی و جایگاه انسان در اکوسیستم از مباحث نظری آن بودند (۱۹).

اسکن بیماران در طی اتصال اتفاق افتاد و علائمی از قبیل گرم شدن، سرد شدن، احساس گزگز در سر انگشتان دست و پا مشاهده شد. این جریان هر هفته، طی سه جلسه از راه نزدیک برای بیماران گروه آزمایش انجام شد. شرایط وضعیت آنها در جدول گزارش روزنگار ثبت شده و بررسی گردید تا پایان دوره که حدود ۲ ماه طول کشید این برنامه ادامه داشت و در انتهای دوره پس آزمون (STB) از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تحلیل عینی و سازمان یافته‌ی پژوهش و امکان مقایسه توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون آنکوا و مانکوا با بررسی پیش فرض‌های استنباطی بهره‌گرفته شد. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها و نرمال

بودن از آزمون لون، ام باکس و شاپیرو-ویلک استفاده شد.

ارائه گردیده است. سعی گردیده است توضیحات اجمالی در مورد مقادیر هر یک از جداول و نمودارها ارائه گردد.

در جدول ۱ فراوانی و درصد متغیرهای دموگرافیک گروه نمونه و کنترل در پژوهش پیش رو آمده است. همانطور که در این جدول مشاهده میشود، بر اساس متغیرهای وضعیت تاهل و تحصیلات، تمامی افراد این مطالعه در گروه کنترل متاهل و نزدیک به ۲۹٪ آنها مطلقه بوده اند. در گروه نمونه نزدیک به ۲۹٪ افراد مجرد بوده اند. همچنین سطح تحصیلی اکثریت افراد در گروه کنترل و نمونه دیپلم بوده است.

نتایج

در این بخش به ارائه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از بکارگیری روش های آماری فوق الذکر پرداخته می شود. نتایج پژوهش هم به صورت توصیفی و استفاده از جداول و نمودارها و هم به صورت استنباطی و آزمون فرضیه ها

جدول ۱: فراوانی و درصد نمونه پژوهش بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	زیرمقیاس	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	متاهل	۶	۴۲/۸۵	۱۰	۷۱/۴۲
	مجرد	۴	۲۸/۵۷	۰	۰
	مطلقه	۴	۲۸/۵۷	۴	۲۸/۵۷
تحصیلات	زیر دیپلم	۶	۴۲/۸۵	۳	۲۱/۴۲
	دیپلم	۶	۴۲/۸۵	۶	۴۲/۸۵
	فوق دیپلم	۱	۷/۱۴	۱	۷/۱۴
	لیسانس	۰	۰	۴	۲۸/۵۷
	فوق لیسانس	۱	۷/۱۴	۰	۰

می دهد. اختلاف میانگین سن دو گروه در حدود ۳۶ واحد می باشد.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر سن به تفکیک کنترل و آزمایش برای نمونه ۱۴ نفری نشان

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمونه پژوهش بر اساس متغیر سن

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سن	کنترل	۲۹/۴۲	۸/۰۱	۱۴
	آزمایش	۳۳/۷۸	۸/۸۷	۱۴

شخصیت مرزی اثر بخش است. در جدول ۳ ضرایب و مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک برای آزمون نرمال بودن توزیع متغیر در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است. بر اساس مقدار احتمال معنی داری آزمون، نرمال بودن توزیع متغیر علائم کلی اختلال شخصیت مرزی در هر دو گروه کنترل و آزمایش تایید می گردد.

نمودار ۱: تغییرات میانگین پارامترهای مورد سنجش در این مطالعه در جمعیت نمونه این مطالعه در مراحل پیش و پس آزمون نشان داده شده تغییرات کاهشی در مرحله پس آزمون است.

فرضیه اصلی: میدان های شعوری (ط) بر کاهش اختلالات

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمونه پژوهش بر اساس متغیر سن

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو-ویلک	
		آماره	درجه آزادی
علائم کلی اختلال شخصیت مرزی	کنترل	۰/۹۸	۱۴
	آزمایش	۰/۶۱	۱۴

دارای اختلاف حدود ۴ واحد می باشد و گروه کنترل دارای میانگین بالاتری می باشد.

جدول ۴ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار علایم کلی اختلال شخصیت مرزی می باشد. میانگین متغیر در دو گروه

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار علایم کلی اختلال شخصیت مرزی		
گروه	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰/۰۷	۳/۶۲
آزمایش	۶/۵۰	۳/۵۰

نشان داده شده است. طبق یافته ها معناداری آزمون بالاتر از ۰/۰۵ بوده و این پیش فرض تایید شد.

جدول ۵- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها در متغیر علایم کلی اختلال شخصیت مرزی

جدول ۵: آزمون لون			
F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۱/۲۳	۱	۲۶	۰/۲۷۷

و نتایج مقایسه دو گروه حاکی از اثربخشی مداخله بوده است. در واقع، ۲۷ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید شد.

در جدول ۶- نتایج آزمون آنکوا با کنترل نمرات پیش آزمون و مقایسه نمرات پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است. طبق نتایج کنترل نمرات بدرستی صورت گرفته

جدول ۶: آزمون آنکوا							
منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	Eta ^۲	توان آماری
پیش آزمون	۶۹/۵	۱	۶۹/۰۵	۶/۶۰۵	۰/۰۱۷	۰/۲۰۹	۰/۶۹۵
گروه	۹۹/۶۹	۱	۹۹/۶۹	۹/۵۳	۰/۰۰۵	۰/۲۷۶	۰/۸۴۳
خطا	۲۶۱/۳۷	۲۵	۱۰/۴۵۵	-	-	-	-

اختلال شخصیت مرزی در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است. طبق نتایج در کل نمرات گروه آزمایش کمتر بوده است.

در جدول ۷- میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس های

آزمون فرضیه های فرعی:

جدول ۷: میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس های اختلال شخصیت مرزی در مرحله پس آزمون				
متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	
نامیدی	کنترل	۳/۲۸۵	۱/۸۱	
	آزمایش	۱/۸۵۷	۱/۵۶	
تکانشگری	کنترل	۴/۴۲۸	۱/۹۴۹	
	آزمایش	۳/۳۵۷	۱/۷۳	
علایم تجزیه ای شخصیت (پارانوئید)	کنترل	۲/۳۵۷	۱/۱۵	
	آزمایش	۱/۲۸۵	۱/۲۸	

شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن زیرمقیاس های اختلال شخصیت مرزی نشان داده شده است. طبق نتایج توزیع همه زیرمقیاس ها نرمال بوده است.

جهت بررسی فرضیه های فرعی از آزمون مانکوا استفاده شد. اما قبل از آزمون مانکوا باید پیش فرض برابری واریانس ها و کوارینانس ها بررسی شود. در جدول ۸ آزمون

جدول ۸: آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معناداری
نامیدی	کنترل	۰/۲۰۵	۱۴	۰/۱۱۳
	آزمایش	۰/۲۴۹	۱۴	۰/۰۹
تکانشگری	کنترل	۰/۱۲۵	۱۴	۰/۲۰۰
	آزمایش	۰/۱۸۵	۱۴	۰/۲۰۰
علائم تجزیه ای شخصیت (پارانوئید)	کنترل	۰/۸۴	۱۴	۰/۰۶۱
	آزمایش	۰/۲۰۲	۱۴	۰/۱۲۶

در جدول ۹- آزمون ام باکس جهت بررسی برابری کواریانس‌ها نشان داده شده است. طبق نتایج پیش فرض برابری کواریانس‌ها رد نشده است.

جدول ۹: آزمون ام باکس

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۲/۵۰	۰/۳۶۴	۶	۴۸۹۸/۳۱	۰/۹۰۲

در جدول ۱۰- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های متغیرهای وابسته ارائه شده است. طبق نتایج پیش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیرهای وابسته نیز تایید شده است لذا می توان از آزمون مانکوا استفاده نمود.

جدول ۱۰: نتایج آزمون لون

متغیر	F	df1	df2	Sig.
نامیدی	۳/۳۲	۱	۲۶	۰/۰۵۸
تکانشگری	۳/۱۵	۱	۲۶	۰/۰۸۷
علائم تجزیه ای شخصیت (پارانوئید)	۲/۷۸	۱	۲۶	۰/۱۰۷

جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۱ ارائه شده است. طبق نتایج بصورت کلی بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان حدود ۳۲ درصد و توان آماری نیز حاکی از کفایت نسبی حجم نمونه بوده است.

جدول ۱۱: آزمون مانکوا

اثر	ارزش	F	معنا داری	توان آماری	Eta ^۲
اثر پیلایی	۰/۳۲۷	۳/۴۰	۰/۰۳۶	۰/۶۸۳	۰/۳۲۷
ویکلز لامبدا	۰/۶۷۳	۳/۴۰	۰/۰۳۶	۰/۶۸۳	۰/۳۲۷
اثر هاتلینگ	۰/۴۸۷	۳/۴۰	۰/۰۳۶	۰/۶۸۳	۰/۳۲۷
ریشه روی	۰/۴۸۷	۳/۴۰	۰/۰۳۶	۰/۶۸۳	۰/۳۲۷

در جدول ۱۲ - نتایج آزمون مانکوا به تفکیک برای زیرمقیاس‌ها ارائه شده است. طبق نتایج تئوری میدان‌های شعوری (ط) در کاهش نا امیدي و تکانشگری موثر بوده و میزان اثربخشی آن ۲۵ و ۱۴ درصد بود. بنابراین فرضیه‌های فرعی اول و دوم تائید و فقط فرضیه فرعی سوم رد شد.

جدول ۱۲: نتایج آزمون مانکوا

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	Eta ^۲
نامیدی	۱۸/۷۷۵	۱	۱/۴۵۲	۷/۶۷	۰/۰۱۱	۰/۲۵
تکانشگری	۱۰/۷۲	۱	۳۳/۹۰	۳/۸۴	۰/۰۴۲	۰/۱۴۳
علائم تجزیه ای شخصیت (پارانوئید)	۰/۱۹۸	۱	۰/۱۹۸	۰/۱۸۵	۰/۴۷۱	۰/۰۰۸

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی، اثربخشی میدان‌های شعوری (ط) بر کاهش اختلالات شخصیت مرزی و زیرمقیاس‌های آن یعنی ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای شخصیت (پارانوئید) پرداخته است. نتایج نشان داد که میدان‌های شعوری (ط) می‌توانند به طور معناداری در کاهش اختلالات شخصیت مرزی و زیرمقیاس‌های آن ناامیدی و تکانشگری موثر باشند. جهت بررسی فرضیه اصلی یعنی تاثیر میدان‌های شعوری (ط) بر کاهش اختلالات شخصیت مرزی از آزمون آنکوا با کنترل نمرات پیش آزمون و مقایسه نمرات پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش استفاده شد. طبق نتایج، کنترل نمرات صورت گرفته و نتیجه مقایسه دو گروه حاکی از اثر بخشی مداخله بود. در واقع ۷۲ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. بنابراین فرضیه تاثیر میدان‌های شعوری (ط) بر کاهش اختلالات شخصیت

مرزی معنادار شد. جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه و بررسی فرضیه‌های فرعی، یعنی، تاثیر میدان‌های شعوری (ط) در کاهش ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای شخصیت (پارانوئید) از آزمون مانکوا استفاده شد. طبق نتایج، بصورت کلی بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود داشت و اثر بخشی درمان حدود ۳۲ درصد و توان آماری نیز حاکی از کفایت نسبی حجم نمونه بود. نتایج آزمون مانکوا به تفکیک برای زیرمقیاس‌ها نیز بررسی شد. طبق نتایج، تاثیر میدان‌های شعوری (ط) بر کاهش ناامیدی و تکانشگری موثر بوده و میزان اثربخشی آنها ۲۵ و ۱۴ درصد بود. بنابراین تاثیر میدان‌های شعوری (ط) در کاهش ناامیدی و تکانشگری موثر بوده و معناداری آن تأیید شد. با توجه به سطح معناداری متغیر علائم تجزیه‌ای شخصیت (پارانوئید) که بیشتر از ۰/۰۵ بود، فرضیه تاثیر میدان‌های شعوری (ط) بر علائم تجزیه‌ای شخصیت (پارانوئید) معنا دار نبود.

1. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Baltes PB, Schaie KW. Life-span developmental psychology: Personality and socialization: Elsevier; 2013.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
4. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;40:6-19.
5. van Elst LT, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegeler K, Lemieux L, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*. 2003;54(2):163-71.
6. Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM, Bremner JD. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2003;122(3):193-8.
7. Lobbstaal J, Arntz A. Emotional hyperreactivity in response to childhood abuse by primary caregivers in patients with borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2015;48:125-32.
8. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services*. 2002;53(6):738-42.
9. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;162(3):299-313.
10. Oldham J, Gabbard G, Goin M, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline disorder. Supplement to. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1-52.
11. Kosten TR, Wahby V, Giller Jr E, Mason J. The dexamethasone suppression test and thyrotropin-releasing hormone stimulation test in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 1990;28(8):657-64.
12. Eysenck HJ. The structure of human personality (Psychology Revivals): Routledge; 2013.
13. Ewen RB. An introduction to theories of personality: Psychology Press; 2014.
14. Kernberg O. Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*. 1967;15(3):641-85.
15. Association AP. Cautionary statement for forensic use of DSM-5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013;5.
16. Taheri MA. *Human from Another Outlook* (2nd Edition)2013.
17. Claridge G, Broks P. Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*. 1984;5(6):633-48.
18. Rawlings D. An exploratory factor analysis of Hartmann's Boundary Questionnaire and an empirically-derived short version. *Imagination, Cognition and Personality*. 2001;21(2):131-44.
19. Taheri, M. A. *Psychmentology*. 2013. [Volume 1] (Persian Edition), Interuniversal Press. ISBN-13: 978-1939507136, ISBN-10: 1939507138.

