Measurement of the Body Temperature During Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Case Study

Davood Manavipour*, Yasamin Roshani

[1] Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

Article Info:

Received: **24 Jan 2015** ***Accepted*****: 5 May 2015**

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to measure the body temperature changes in the process of central dynamic sequence in intensive short-term dynamic psychotherapy. ***Case Description:*** The sample consisted of a patient who was voluntarily chosen. The research design was case study method. ***Results:*** The body temperature (hand temperature, forehead temperature) was measured during treatment protocol, using biofeedback machine. A nonparametric test K independent sample was used for data analysis. ***Conclusion:*** The intensive short-term dynamic psychotherapy changes the body temperature. The body temperature is a sign to review the protocol and determine the level of anxiety and the patient's defenses.

Key words:

1. Body Temperature Changes
2. Biofeedback, Psychology
3. Anxiety

* ***Corresponding Author:*** Davood Manavipour

E-mail: *Manavipor53@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

سنجش دمای بدن در طول روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت: یک مطالعهٔ موردی

داود معنوی پور*، یاسمین روشنی

[۱] گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۴ بهمن ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی تغییرات دمای بدن در فرایند توالی پویشی مرکزی در روان درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت بود. **توصیف بیمار:** نمونه شامل یک بیمار بود که به‌صورت داوطلبانه انتخاب شد. طرح پژوهش، روش مطالعهٔ موردی بود. **یافته‌ها:** دمای بدن (دمای دست، دمای پیشانی) در طی پروتکل درمان با استفاده از دستگاه بیوفیدیک اندازه‌گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون غیر پارامتریک K ی مستقل استفاده شد. **نتیجه گیری:** روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت، دمای بدن را تغییر می‌دهد. دمای بدن یک نشانه‌ای برای مرور پروتکل و تعیین سطح اضطراب و دفاع‌های بیمار است.

کلید واژه‌ها:

۱. تغییرات دمای بدن
۲. بیوفیدبیک، روانشناسی
۳. اضطراب

* **نویسنده مسئول:** داود معنوی‌پور

آدرس الکترونیکی: *Manavipor53@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

مقدمه

روان درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت (ISTDP)[1]، بیانگر تغییر تمرکز روانکاوی از کاهش سایق[2] به الگوی ارتباطی است. الگوی ارتباطی فرض می‌کند که درمانگر به ناچار در میدان ارتباطی درمان قرار می‌گیرد، روانکاوان میان فردی به‌جای اینکه به‌طور جدی از انتقال اجتناب کنند، آن را منبع اطلاعات ارزشمندی دربارهٔ شخصیت بیمار و دشواری‌های زندگی او می‌دانند. منبع تغییر برای فروید در ذهن بیمار قرار داشت، برای روانکاوان ارتباطی، این منبع ما بین افراد قرار دارد. بنابراین نقش روانکاو از جایگاه مستقل و متکبرانه، به آمیختگی فعال و توأم با علاقه تبدیل شده است.

روانکاو برای اینکه بیمار را ترغیب به همکاری کند او را به صورتی متفاوت می‌شنود و تجربه می‌کند و جو عاطفی متفاوتی را به وجود می‌آورد. به این روش، بیمار در معرض تجربهٔ عاطفی متفاوت و رشد دهنده‌ای قرار می‌گیرد و در قالب این رابطهٔ همدلانه مهارت‌های جدیدی را می‌آموزد (۱). در میان رویکردهای روان پویشی، روش ISTDP از این جمله درمان‌ها است که بر فضای ارتباطی بین بیمار و درمانگر تأکید دارد و الگویی از ارتباط را با محوریت انتقال هدایت می‌کند و آن را شاه‌راه ورود به ناهشیار می‌داند. این روش دربرگیرندهٔ مجموعه‌ای از دانش فرا روان‌شناختی و فنی است که در جهت غلبه کردن سریع بر مقاومت و سوپر ایگوی[3] بیمار و آشکار کردن ناخودآگاهی که مسئول روان‌نژندی بیمار است به کار گرفته می‌شود (۲).

در این روش با استفاده از «فشار[4]» و «چالش[5]» مقاومت بیمار در برابر تجربهٔ هیجان در انتقال شکسته می‌شود. هیجانات زیرین و عمیق ناخودآگاه ظاهر و تجربه می‌گردد و از ساختار روان‌نژندی پرده برداشته می‌شود (۳). بینش[6] و تغییر حاصل، تجربه‌های انتقال[7] را با آموخته‌های کنونی و گذشتهٔ بیمار پیوند می‌دهد و به این ترتیب الگوهایی را مشخص می‌کند که در طول زندگی بیمار منشأ رنج و پیدایش این نشانه‌ها بوده‌اند.

به‌طور خلاصه هدف ISTDP حل نشانه‌ها و دفاع‌های مشکل‌ساز است (۴). چنین سازوکارهایی برای اجتناب از تجربهٔ دوبارهٔ احساس‌ها نسبت به سایر افراد مهم زندگی کنونی و گذشتهٔ بیمار ایجاد می‌شوند. تجربهٔ این احساس‌ها، نیاز به اجتناب از طریق اتصال حالت تدافعی و تشکیل نشانه را برطرف می‌کند. این روان درمانگری دارای توالی پویشی هفت مرحله‌ای شامل پرسش از مشکل بیمار، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، رخنهٔ محدود در ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار است (۵).

تنیدگی میان احساس، اضطراب و دفاع، تعارض‌های درون روانی را ایجاد می‌کنند که علت بروز نوروزها[8] هستند. فرد مضطرب نشانه‌های جسمی و روان‌شناختی خاصی دارد. نشانه‌های جسمی اضطراب شامل موارد لرزش، پرش عضلانی، احساس لرز، کمردرد، تنش عضلات، تنگی نفس، خستگی‌پذیری، واکنش از جا پریدن، سرخ شدن و رنگ‌پریدگی، تپش قلب، سردی دست، خشکی دهان، تکرر ادرار و اشکال در بلع می‌باشند (۶). نشانه‌های روان‌شناختی اضطراب نیز موارد احساس وحشت، اشکال در تمرکز، گوش به زنگی، احساس لقمه در گلو، دل‌شوره و دلهره، گیجی و بی‌قراری را در بر می‌گیرد (۷).

در مبانی نظری ISTDP سه کانال برای تخلیهٔ اضطراب وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱- عضلات مختلط: کسانی که اضطراب را در این کانال تجربه می‌کنند ایگو[9]ی خوبی دارند. در این افراد اضطراب از عضلات شصت شروع شده سپس به کتف و دنده می‌رود و موجب آه کشیدن یا نفس عمیق می‌شود و پس از آن به عضلات زانوها و پاها می‌رسد. ۲- عضلات صاف: بیمار مضطرب دچار دشواری‌های گوارشی می‌شود، در دل احساس آشوب می‌کند اما اغلب این افراد از حالت‌های اضطراب ناآگاه‌اند و حتی آن‌ها را انکار می‌کنند. کارکرد ایگو در این گروه ضعیف است. ۳- آشوب شناختی: این بیماران دچار گم کردن مسیر افکار، ضعف و سرگیجه و تاری دید همراه با گسیختگی افکار می‌شوند. در برخی افراد نیز به‌صورت محو شدن دید یا شنیدن وزوز در گوش تجربه می‌شود. این بیماران دارای ساختار شکنندهٔ خوی[10] هستند و توانایی حرکت سریع به سمت بازگشایی ناهشیار برای آن‌ها وجود ندارد (۵). شناسایی کانال تخلیهٔ اضطراب در فرایند ISTDP بسیار حیاتی است و درمانگر بر اساس آن می‌تواند نقشهٔ راه را تعیین کند. یکی از نشانه‌های مهم اضطراب دمای بدن است که این پژوهش به آن پرداخته است.

دمای بافت‌های عمقی و دمای مرکزی بدن به‌طور کم‌وبیش دقیق در محدودهٔ ۰/۶+ درجهٔ سلسیوس در تمامی اوقات به‌استثنای هنگامی که انسان دچار یک بیماری تب‌دار می‌شود، ثابت باقی می‌ماند. دمای طبیعی اندازه‌گیری شده از راه دهان در محدوده‌ای کمتر از ۳۶ تا بیش از ۳۷/۵ درجهٔ سلسیوس قرار دارد. قسمت بیشتر گرمای تولید شده در بدن، در اندام‌های عمقی و به‌ویژه در کبد، مغز، قلب و عضلات اسکلتی تولید می‌شود. سپس این گرما از اندام‌ها و بافت‌های عمقی به پوست انتقال می‌یابد و در آنجا به هوا و محیط اطراف دفع می‌شود (۸). کنترل هدایت گرما به پوست، توسط سیستم عصبی سمپاتیک و تنظیم دمای بدن توسط هیپوتالاموس صورت می‌گیرد. تحریک ناحیهٔ جلوی دیداری هیپوتالاموس قدامی به‌وسیلهٔ جریان الکتریکی، سبب تولید گرمای زیاد و تعریق می‌شود. تکانه‌های صادره از این ناحیه که موجب تعریق می‌شوند، از راه مسیر عصبی خود مختار به نخاع انتقال یافته و از آنجا از راه اعصاب خروجی سمپاتیک به پوست سراسر بدن می‌روند. تعریق و تنظیم تعریق به‌وسیلهٔ سیستم عصبی خود مختار انجام می‌شود (۹).

[1] Intensive short term dynamic psychotherapy (ISTDP)
[2] Drive reduction
[3] Superego
[4] Pressure
[5] Challenge
[6] Insight
[7] Transferences
[8] Neurosis
[9] Ego
[10] Fragile characteristic

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

اغلب پژوهش‌های انجام شده در ISTDP مانند سماری و همکاران (۱۰)، خوربانیان (۱۱)، رضایی و همکاران (۱)، کاسو[11] (۱۲)، عباس و همکاران (۱۳)، باند (۱۴) و عباس (۱۵) بر اثربخشی این درمان و میزان بهبودی اختلال‌های روانی متمرکز بوده‌اند و پژوهش‌های مرتبط با مبانی نظری و بررسی آن‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در واقع در این مورد پژوهشی انجام نشده و این پژوهش می‌تواند نقطهٔ آغازی برای پژوهش‌هایی از این دست باشد.

ISTDP روشی اثربخش و مقرون به‌صرفه گزارش شده که بر بهبود نشانه‌های جسمانی نیز تأثیر دارد. از اینرو با توجه به اهمیت نقش اضطراب در نوروزها و تجربهٔ فیزیولوژیکی اضطراب در این فرایند، تغییرات دمای بدن به‌عنوان شاخص فیزیولوژی نشانگر اضطراب در نظر گرفته شد تا روند آن در دو نقطهٔ دست و پیشانی در مرحله‌های هفتگانهٔ توالی پویشی ISTDP مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش در ادبیات روان‌درمانی پویشی بدیع است و پژوهشی مشابه آن یافت نشد.

توصیف بیمار

این پژوهش از نوع مطالعهٔ موردی بود. در این پژوهش توالی پویشی بازگشایی ناهشیار و دستورالعمل درمان ISTDP بر روی یک بیمار (۹) و مطابق درمان آزمایشی[12] استاد دوانلو انجام شد (۴). تغییرات دمای بدن بیمار در مرحله‌های هفتگانهٔ ISTDP در دو ناحیهٔ دست و پیشانی اندازه‌گیری شد. در ابتدا طی چند جلسه به‌صورت آزمایشی (۵ جلسه) با افراد مختلف تمرین انجام شد تا دشواری‌ها و اشتباه‌هایی که امکان داشت در جلسهٔ درمان هنگام نصب و استفاده از دستگاه و فیلم برداری رخ دهد، به‌طور کامل حذف شود. آزمودنی این پژوهش یک خانم متأهل ۳۱ ساله دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بود که به‌صورت داوطلبانه انتخاب شد. در روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت دوانلو، دسته‌بندی بیماران بر اساس طبقه‌بندی‌های رایج روانشناسی و روان‌پزشکی انجام نمی‌شود و بیماران در طیفی از نوروزها قرار می‌گیرند که از انتهای چپ طیف تا انتهای راست طیف بر مبنای ساختار ایگو، کانون ادیپال نوروز، خشم مرگبار و کانال تخلیهٔ اضطراب به پنج طبقه تقسیم می‌شوند (۴).

جلسهٔ درمان آزمایشی با بیمار انجام شد. این جلسه تا مرحلهٔ پنجم دستورالعمل (دستیابی مستقیم به ناهشیار) پیش رفت. جلسهٔ درمان با دو دوربین و به‌صورت همزمان فیلم‌برداری شد. یک دوربین از بیمار و درمانگر فیلم‌برداری می‌کرد و دوربین دوم بر روی مانیتور دستگاه بیوفیدبک متمرکز بود. سپس فیلم‌های یادشده به‌دقت مورد بررسی قرار گرفتند و بر اساس ثانیه‌های فیلم درمانی، مرحله‌های ISTDP از یکدیگر تفکیک شدند و دمای دست و پیشانی در هر مرحله با استفاده از فیلم مانیتور دستگاه ثبت شد. در پایان آزمایش کلیهٔ دیالوگ‌های جلسهٔ درمانی به تفکیک مرحله‌های ISTDP همراه با دمای دست و پیشانی مشخص شد. داده‌های پژوهش با آزمون کروسکال والیس[13] و یومن ویتنی[14] تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

دستگاه بیوفیدبک چهارکاناله (GSR- TEMP- HR biofeedback)[15]: دستگاه بیوفیدبک چهارکاناله مجهز به نمایشگر ال سی دی (LCD) و صفحه نمایش مقادیر عددی GSR/TEMPT/HR، ارایه بازخورد دیداری و شنیداری از تغییرات برانگیختگی سیستم سمپاتیک، تغییرات ضربان قلب و تغییرات دما در دو نقطهٔ بدن به‌منظور کنترل فشار روانی، ریلکسیشن و هیپنوتیزم است. بیوفیدبک فرایندی است که از راه علایم دیداری و شنیداری در مورد تغییرات فیزیولوژیکی که به‌طور معمول از آن بی‌خبر هستیم، اطلاعاتی را فراهم می‌کند و به آگاهی ما می‌رساند.

شرح جلسات روان پویشی کوتاه مدت فشرده:

خلاصهٔ کار: پس از آماده‌سازی دوربین‌ها برای فیلم‌برداری همزمان از بیمار و دستگاه، دستگاه بیوفیدبک را به دست راست و پیشانی بیمار متصل کرده و پس از اطمینان از کارکرد درست دستگاه جلسهٔ درمان آغاز شد. این جلسه در حدود ۴۵ دقیقه به طول انجامید و تا مرحلهٔ دستیابی مستقیم به ناهشیار از دستورالعمل توالی پویشی پیش رفت. این جلسه مطابق جلسهٔ درمان آزمایشی ISTDP بود که هدف آن قرار دادن بیمار در معرض دستورالعمل درمان و ارزیابی تناسب بیمار برای این روش درمان است.

دوانلو معتقد است به‌جای فرض کردن دربارهٔ توانایی بیمار، باید او را در فرایند درمان قرار دهیم تا مؤلفه‌های اصلی درمان یعنی پیمان درمانی[16] و سیستم مقاومت[17] بیمار به جنبش درآیند. در این جلسه امکان بازگشایی ناهشیار بیماران وجود دارد و زمان آن بین ۵۰ دقیقه تا ۴ ساعت می‌تواند به طول انجامد. دوانلو معتقد است برخی بیماران در همین جلسه بهبود می‌یابند (۴، ۱۶). پس از اجرای آزمایش، داده‌های نهایی پژوهش جمع‌آوری شد و با آزمون‌های آماری کروسکال والیس و یومن ویتنی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

همان طوری که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار دمای دست در مرحلهٔ پرسشگری ۰/۲۹ ± ۳۳/۰۷، در مرحلهٔ فشار ۰/۷۸ ± ۳۱/۴۰، در مرحلهٔ چالش ۰/۷۱ ± ۳۰/۸۳، در مرحلهٔ مقاومت انتقالی ۰/۲۵ ± ۳۰/۵۶ و در مرحلهٔ دستیابی مستقیم به ناهشیار ۰/۰۱ ± ۳۰/۲۰ است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مرحله‌های روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت در دمای دست.

شاخص‌های آماری / متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
مرحلهٔ پرسشگری	۳۳/۰۷	۰/۲۹	۱۴
مرحلهٔ فشار	۳۱/۴۰	۰/۷۸	۲۵
مرحلهٔ چالش	۳۰/۸۳	۰/۷۱	۲۵
مرحلهٔ مقاومت انتقالی	۳۰/۵۶	۰/۲۵	۲۵
دستیابی مستقیم به ناهشیار	۳۰/۲۰	۰/۰۱	۲

[11] Caso
[12] Trial therapy
[13] Kruskal-Wallis
[14] U Mann-Whitney
[15] GSR- TEMP- HR biofeedback
[16] Therapeutic Alliance
[17] Resistance

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

همان طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار دمای پیشانی در مرحلهٔ پرسشگری ۰/۰۶ ± ۳۲/۷۹، در مرحلهٔ فشار ۰/۱۷ ± ۳۳/۱۸، در مرحلهٔ چالش ۰/۱۸ ± ۳۳/۳۴، در مرحلهٔ مقاومت انتقالی ۰/۱۱ ± ۳۳/۳۴ و در مرحلهٔ دستیابی مستقیم به ناهشیار ۰/۰۱ ± ۳۳/۵۰ است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مرحله‌های روان درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت در دمای پیشانی.

شاخص‌های آماری / متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
مرحلهٔ پرسشگری	۳۲/۷۹	۰/۰۶	۱۴
مرحلهٔ فشار	۳۳/۱۸	۰/۱۷	۲۵
مرحلهٔ چالش	۳۳/۳۴	۰/۱۸	۲۵
مرحلهٔ مقاومت انتقالی	۳۳/۳۴	۰/۱۱	۲۵
دستیابی مستقیم به ناهشیار	۳۳/۵۰	۰/۰۱	۲

شفای خاتم

با استفاده از آزمون همگنی واریانس‌ها مشخص شد که واریانس‌های مرحله‌های درمان با یکدیگر همگن نیستند و امکان استفاده از تحلیل واریانس MANOVA وجود ندارد. به همین دلیل از آزمون غیر پارامتریک کروسکال والیس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می‌گردد.

جدول ۳- مقدار کروسکال والیس اندازهٔ دمای دست و پیشانی در مرحله‌های پروتکل روان درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت

متغیر	Chi-Square	df	P
دمای دست	۴۶/۲۴	۴	۰/۰۰۱
دمای پیشانی	۴۷/۷۳	۴	۰/۰۰۱

شفای خاتم

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، X2=۴۶/۲۴ با درجه آزادی (df=۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دمای دست مرحله‌های پرسشگری، مرحلهٔ فشار، مرحلهٔ چالش، مرحلهٔ مقاومت انتقالی و مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار- بازگشایی ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازهٔ دمای دست در مرحلهٔ پرسشگری و کمترین دمای دست در مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار -بازگشایی ناهشیار است.

همچنین در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، X2=۴۷/۷۳ با درجه آزادی (df=۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دمای پیشانی مرحله‌های پرسشگری، مرحلهٔ فشار، مرحلهٔ چالش، مرحلهٔ مقاومت انتقالی و مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار -بازگشایی ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازهٔ دمای پیشانی در مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی در مرحلهٔ پرسشگری است.

برای بررسی تفاوت بین مرحله‌ها، با استفاده از آزمون یومن ویتنی مرحله‌ها به‌صورت دوبه‌دو مقایسه شدند (جداول ۴ و ۵).

جدول ۴- مقایسهٔ دوبه‌دوی مرحله‌های پروتکل به تفکیک دمای دست.

مرحله‌های پروتکل	سطح معنی‌داری
پرسشگری و فشار	۰/۰۱
پرسشگری و چالش	۰/۰۱
پرسشگری و مقاومت انتقالی	۰/۰۱
پرسشگری و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۱
فشار و چالش	۰/۰۱
فشار و مقاومت انتقالی	۰/۰۱
فشار و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۲
چالش و مقاومت انتقالی	۰/۵۹
چالش و بازگشایی ناهشیار	۰/۱۷
مقاومت انتقالی و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۳

شفای خاتم

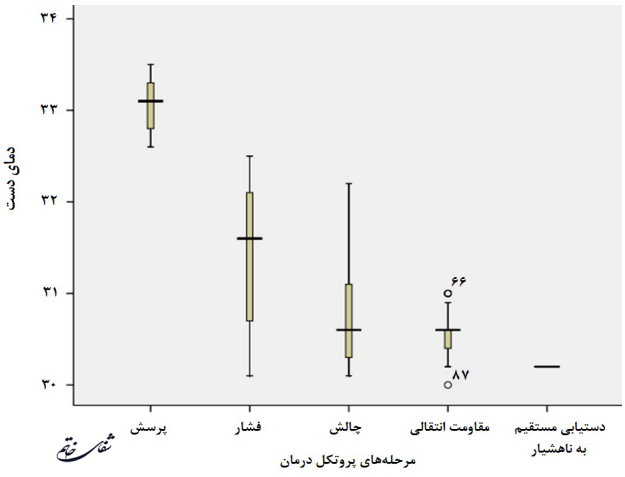
جدول ۵- مقایسهٔ دوبه‌دوی مرحله‌های پروتکل به تفکیک دمای پیشانی.

مرحله‌های پروتکل	سطح معنی‌داری
پرسشگری و فشار	۰/۰۱
پرسشگری و چالش	۰/۰۱
پرسشگری و مقاومت انتقالی	۰/۰۰
پرسشگری و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۱
فشار و چالش	۰/۰۱
فشار و مقاومت انتقالی	۰/۰۱
فشار و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۳
چالش و مقاومت انتقالی	۰/۷۸
چالش و بازگشایی ناهشیار	۰/۳۶
مقاومت انتقالی و بازگشایی ناهشیار	۰/۰۷

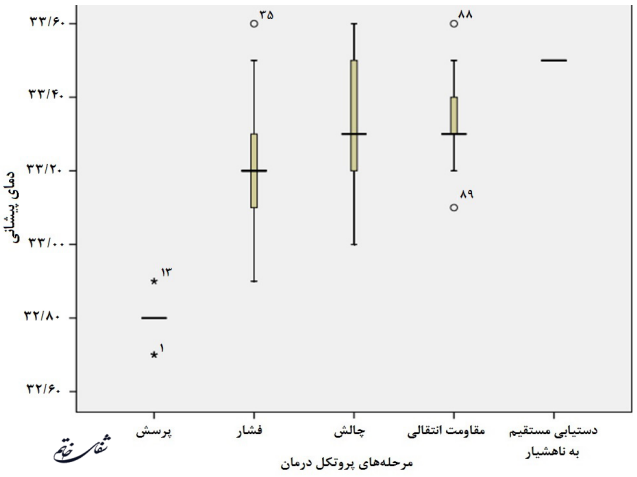
شفای خاتم

در این جدول میانگین رتبه به دمای دست یا پیشانی در هر مرحله از پروتکل اشاره دارد. به طور مثال دمای دست در پرسشگری ۳۲/۵ و فشار ۱۳ است که سطح معنی‌داری آن نشان می‌دهد که دمای دست در پرسشگری به طور معنی‌داری بیشتر از دمای دست در مرحلهٔ فشار است. میزان دمای دست و پیشانی در مراحل پروتکل در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]



نمودار ۱- میزان دمای دست در مرحله‌های ۵ گانه.



نمودار ۲- میزان دمای پیشانی در مرحله‌های ۵ گانه.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد هدف از انجام این پژوهش بررسی تغییرات دمای بدن در فرایند روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه مدت بود. با توجه به نتایج مشخص شد، X۲=۴۶/۲۴ با درجه آزادی (df=۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ یعنی بین دمای دست در مرحله‌های پرسشگری، فشار، چالش، مقاومت انتقالی و دسترسی مستقیم به ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازهٔ دمای دست در مرحلهٔ پرسشگری و کمترین دمای دست در مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص گردید، X۲=۴۷/۷۳ با درجه آزادی (df=۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ یعنی بین دمای پیشانی مرحله‌های پرسشگری، فشار، چالش، مقاومت انتقالی و دسترسی مستقیم به ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازهٔ دمای پیشانی در مرحلهٔ دسترسی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی در مرحلهٔ پرسشگری است.

افزایش تنش و اضطراب بیمار در مرحلهٔ پرسشگری به دلیل پرسش‌های ویژه درمانگر و تمرکز بر یک موضوع که به‌تازگی در زندگی بیمار اتفاق افتاده بود، روی داد (۱) که سبب تشدید اضطراب در بیمار و انرژی زیاد در دستان بیمار شد (افزایش مقاومت). در مرحلهٔ پرسشگری درمانگر به جستجوی علایم اختلال و دشواری‌های شخصیتی یا خوی بیمار پرداخت، از وی پاسخ‌های عینی و مشخص طلب کرد و بر احساس‌های او متمرکز شد.

در این مرحله بیمار باید مواردی از مشکل که به‌تازگی روی داده‌اند را توصیف کند. اگر بیمار به ارائهٔ توضیحات تفصیلی و بیان ماهیت احساس‌های خود قادر باشد، در این حالت خط پایه مشخص و تاریخچهٔ مختصری از مشکل کنونی بیمار اخذ می‌شود و تا این مرحله تکمیل نشده، درمانگر از ورود به حوزه‌های دیگر مشکل بیمار خودداری می‌کند؛ اما بیشتر بیماران در زمینه‌های متعددی مشکل دارند، ناآگاهی از رویدادهای مولد مشکل و احساس‌ها در قالب مقاومت و سیستم‌های دفاعی، جسمانی شدن علایم و مهارناپذیر بودن مشکل و کارکرد مختل فرد، نشانی از ظرفیت پایین سازش یافتگی است که در مورد ما مشاهده شده است (۱۳، ۹، ۵).

در فرایند پرسشگری از بیمار خواسته شد که توضیحات شخصی، عینی و مشخصی بدهد که به گفتار بیمار وضوح دهد، بیمار گاهی از موضوعی به موضوع دیگر می‌پرید یا در خصوص یک مسئله توضیحات تفصیلی بیش از حدی ارائه می‌داد و یا به حاشیه می‌پرداخت که درمانگر دفاع‌های او را به چالش می‌کشید (۱۲). کاهش دمای دست در مرحلهٔ فشار، نشان‌دهندهٔ فعال شدن سیستم‌های متعدد دفاعی بیمار و افزایش اضطراب در بیمار است اما بین مرحلهٔ پرسش و فشار هماهنگی بیشتری از دمای دست دیده می‌شود که این با مبانی نظری (۵، ۴) این روش هماهنگ است.

در مرحله‌های چالش و مقاومت انتقالی میانگین دمای دست به شکل محسوسی کاهش می‌یابد که نشان‌دهندهٔ اضطراب در سطح کمتر و فراخوانی احساس‌ها است. از یک سو اضطراب افزایش‌یافته و سردی دست را موجب می‌شود و از سوی دیگر احساس انتقالی خشم در حال به سطح آمدن و گرم کردن دست است. این تقابل کاهش دمای دست را به همراه دارد و دمای دست را حدود ۱/۵ درجه در میانگین کاهش می‌دهد.

در مرحلهٔ پنجم توالی پویشی، دستیابی مستقیم به ناهشیار که دمای دست در کمترین مقدار بود، بیمار احساس‌های انتقالی خود را به‌طور واقعی لمس کرد و احساس‌های انتقالی در اثر تداعی‌های خودانگیخته بیمار از درمانگر به منابع اصلی آنکه شامل اعضای خانواده و تعامل‌های دوران کودکی بود، منتقل شد و درمانگر و بیمار هر دو توانستند نیروهای پویشی آسیب‌شناختی ناهشیار را به‌روشنی ببینند. کاهش میانگین دمای دست در مرحلهٔ بازگشایی ناهشیار نشان‌دهندهٔ عدم حضور اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی در بیمار است که دمای دست را حدود ۳ درجه از مرحلهٔ پرسشگری کاهش داد. این نتایج نشان می‌دهد که فرایند ISTDP با تغییرات منظم در دمای دست همراه است و این یافته تأییدی بر مبانی نظری آن است.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

همچنین در تبیین فرضیه تغییرات دمای پیشانی مشخص شد بین اندازهٔ دمای پیشانی در مرحله‌های پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت با یکدیگر تفاوت وجود دارد، با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازهٔ دمای پیشانی در مرحلهٔ دستیابی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی در مرحلهٔ پرسشگری بود. این نتیجه کم وبیش برعکس دمای دست است؛ اما با توجه به واریانس محدودتر در ناحیهٔ پیشانی که دامنهٔ در حدود ۱ نمره‌ای از پراکندگی را نشان می‌دهد، نشانگر آن است که احساس‌های بیمار زمانی که به سطح می‌آیند و تجربه می‌شوند دمای پیشانی به حالت عادی دمای بدن نزدیک‌تر می شود. ضمن اینکه تغییرات دمای پیشانی در مرحله‌های مختلف کمتر از ۰/۵ درجه تفاوت را نشان می‌دهند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که دست‌ها در برابر پیشانی، حساسیت بالاتری نسبت به محرک‌های اضطراب زا دارند.

همچنین در مرحلهٔ پرسشگری علت کم شدن دمای پیشانی به این خاطر است که درمانگر با کنکاش در دشواری‌های بیمار سعی در برقراری ارتباط با بیمار دارد و فشار زیادی بر بیمار وارد نمی‌آید اما فشار این مرحله بر دمای دست تأثیرگذار و اضطراب زا بود (۱۷). همچنین دمای دست در مرحلهٔ فشار با مرحله‌های چالش و مقاومت انتقالی متفاوت است و با توجه به مقدار میانگین‌ها دمای بدن در مرحلهٔ فشار بیشتر از چالش و مقاومت انتقالی است اما بین دمای دست در مرحلهٔ فشار و دستیابی مستقیم به ناهشیار با توجه به مقدار میانگین‌ها اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. دمای پیشانی نیز در مرحلهٔ فشار با مرحله‌های چالش، مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار متفاوت است و با توجه به مقدار میانگین‌ها، دمای بدن در مرحلهٔ فشار کمتر از مرحلهٔ چالش، مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار است؛ اما بین دمای پیشانی در مرحلهٔ چالش با مرحله‌های مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار و بین مرحلهٔ مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار، فقط در دمای دست تفاوت معنی‌دار وجود دارد و پس از بازگشایی دمای دست کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش نیازمند بررسی‌های بیشتر است تا روابط نشانه‌های جسمانی و ناهشیار به‌صورت دقیق‌تر مشخص شود.

تشکر و قدردانی

سپاس از پروفسور حبیب دوانلو که با مفهوم‌سازی روش ISTDP هم به علاقه‌مندان روانکاوی کمک کرده است تا فرایندهای روانی را ساده‌تر بیاموزند و هم به بیماران که تجربهٔ بهبودی را سریع‌تر کسب نمایند.

منابع

Rezaee M, Mohamadkhani P, Dolatshahi B. Relation of transference interpretation to outcome of depression in short term psychodynamic psychotherapy. J Rehabil. 2010; 11 (2): 67-77.

Prochasca J, Norcras J. Psychotherapy theories. Tehran: Roshd Press. 2011.

Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4): CD004687.

Davanloo H. Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo. 2nd ed, Arjmand Press. 2010.

Ghgorbani N. Intensive short-term dynamic psychotherapy: basics abs technical. SAMT. 2008.

6. Wily S. The efficacy intensive short term dynamic psychotherapy on the resilience cardiovascular. Physiol Behav. 2012; 68 (5): 715- 22.

7. Geras A. Short-interval test retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. J Pers Disord. 1999; 12: 138- 48.

8. Bahson A. Effect Stress management training for youth in divorcee. YSA. 2011; 28(1): 28-38.

9. Manavipour D, Ansari M. Measurement of heartbeat changes in process of intensive short-term dynamic psychotherapy. JCEN, 2014; 1(1): 60-8.

10. Semarey M, Ghaedi R, Mohammad Khani B. The effectiveness of short-term psychodynamic therapy to reduce anxiety in patients with generalized anxiety. J Clin Psychol. 1391; 4(4): 45-28.

11. Khvrbanyan M. Intensive short-term dynamic psychotherapy effectiveness in reducing symptoms in patients with depression and the mechanisms of defense. MA thesis. Islamic Azad University Garmsar Branch . 2012.

12. Caso W. Whither counter transeference in couples and family therapy: A Systemic perspective. J Clin Psychol. 2013; (57): 1029-40.

13. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4): CD004687.

14. Bond M. Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. Curr Opin Psychiatry. 2006; 19(1): 40-3.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]

15. Abass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. Am J Psychother. 2002; 56: 225-32.

16. Manavipour, D. Defense mechanisms in Candidate patients for intensive short term dynamic psychotherapy. Journal of Behavioral sciences in Asia. 2013; 1(2): 1-5.

17. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy. 2nd ed, Arjmand Press. 2012.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.2.61]