

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

سنجش دمای بدن در طول روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت: یک مطالعه موردی

داود معنوی پور^{*}، یاسمین روشنی^۱ گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۴ بهمن ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه بررسی تغییرات دمای بدن در فرایند توالی پویشی مرکزی در روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بود. **توصیف بیمار:** نمونه شامل یک بیمار بود که به صورت داوطلبانه انتخاب شد. طرح پژوهش، روش مطالعه موردی بود. **یافته‌ها:** دمای بدن (دمای دست، دمای پیشانی) در طی پروتکل درمان با استفاده از دستگاه بیوفیدیک اندازه گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون غیر پارامتریک K ی مستقل استفاده شد. **نتیجه گیری:** روان درمانی پویشی فشرده 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. بیوفیدیک، روانشناسی
۳. اضطراب

^{*} نویسنده مسئول: داود معنوی پور

آدرس الکترونیکی: Manavipor53@yahoo.com

مقدمه

روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP)^۱، بیانگر تغییر تمرکز روانکاوی از کاهش سابق^۲ به الگوی ارتباطی است. الگوی ارتباطی فرض می‌کند که درمانگر به ناچار در میدان ارتباطی درمان قرار می‌گیرد، روانکاوان میان فردی به جای اینکه به طور جدی از انتقال اجتناب کنند، آن را منبع اطلاعات ارزشمندی درباره 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 تجربه عاطفی متفاوت و رشد دهنده‌ای قرار می‌گیرد و در قالب این رابطه 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 دربرگیرنده مجموعه‌ای از دانش فرا روان‌شناختی و فنی است که در جهت غلبه کردن سریع بر مقاومت و سوپر ایگوی^۳ بیمار و آشکار کردن ناخودآگاهی که مسئول روان‌نژندی بیمار است به کار گرفته می‌شود (۲).

در این روش با استفاده از «فشار»^۴ و «چالش»^۵ مقاومت بیمار در برابر تجربه هیجان در انتقال شکسته می‌شود. هیجانات زیرین و عمیق ناخودآگاه ظاهر و تجربه می‌گردد و از ساختار روان‌نژندی پرده برداشته می‌شود (۳). بینش^۶ و تغییر حاصل، تجربه‌های انتقال^۷ را با آموخته‌های کنونی و گذشته بیمار پیوند می‌دهد و به این ترتیب الگوهایی را مشخص می‌کند که در طول زندگی بیمار منشأ رنج و پیدایش این نشانه‌ها بوده‌اند.

به طور خلاصه هدف ISTDP حل نشانه‌ها و دفاع‌های مشکل ساز است (۴). چنین سازوکارهایی برای اجتناب از تجربه دوباره احساس‌ها نسبت به سایر افراد مهم زندگی کنونی و گذشته بیمار ایجاد می‌شوند. تجربه 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، رخنه 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 نروزها^۸ 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 تخلیه اضطراب وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱- عضلات مختلط: کسانی که اضطراب را در این کانال تجربه می‌کنند ایگو^۹ی 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 به صورت محو شدن دید یا شنیدن وزوز در گوش تجربه می‌شود. این بیماران دارای ساختار شکننده خوی^{۱۰} هستند و توانایی حرکت سریع به سمت بازگشایی ناهشیار برای آن‌ها وجود ندارد (۵). شناسایی کانال تخلیه اضطراب در فرایند ISTDP بسیار حیاتی است و درمانگر بر اساس آن می‌تواند نقشه 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 به طور کم‌وبیش دقیق در محدوده $+0/6$ درجه 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 36 تا بیش از $37/5$ درجه 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 ناحیه جلوی دیداری هیپوتالاموس قدامی به وسیله جریان الکتریکی، سبب تولید گرمای زیاد و تعریق می‌شود. تکان‌های 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 به وسیله 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

ابزار پژوهش

دستگاه بیوفیدبک چهارکاناله (GSR- TEMP- HR biofeedback)^{۱۵}: دستگاه بیوفیدبک چهارکاناله مجهز به نمایشگر ال سی دی (LCD) و صفحه نمایش مقادیر عددی GSR/TEMP/HR، ارایه بازخورد دیداری و شنیداری از تغییرات برانگیختگی سیستم سمپاتیک، تغییرات ضربان قلب و تغییرات دما در دو نقطه بدن به منظور کنترل فشار روانی، ریلکسیشن و هیپنوتیزم است. بیوفیدبک فرایندی است که از راه علائم دیداری و شنیداری در مورد تغییرات فیزیولوژیکی که به طور معمول از آن بی خبر هستیم، اطلاعاتی را فراهم می کند و به آگاهی ما می رساند.

شرح جلسات روان پویشی کوتاه مدت فشرده:

خلاصه کار: پس از آماده سازی دوربین ها برای فیلم برداری همزمان از بیمار و دستگاه، دستگاه بیوفیدبک را به دست راست و پیشانی بیمار متصل کرده و پس از اطمینان از کارکرد درست دستگاه جلسه درمان آغاز شد. این جلسه در حدود ۴۵ دقیقه به طول انجامید و تا مرحله دستیابی مستقیم به ناهشیار از دستورالعمل توالی پویشی پیش رفت. این جلسه مطابق جلسه 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 به جای فرض کردن درباره توانایی بیمار، باید او را در فرایند درمان قرار دهیم تا مؤلفه های اصلی درمان یعنی پیمان درمانی^{۱۶} و سیستم مقاومت^{۱۷} بیمار به جنبش درآیند. در این جلسه امکان بازگشایی ناهشیار بیماران وجود دارد و زمان آن بین ۵۰ دقیقه تا ۴ ساعت می تواند به طول انجامد. دوانلو معتقد است برخی بیماران در همین جلسه بهبود می یابند (۱۶، ۴). پس از اجرای آزمایش، داده های نهایی پژوهش جمع آوری شد و با آزمون های آماری کروسکال والیس و یومن ویتنی و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

همان طوری که در جدول ۱ ملاحظه می شود میانگین و انحراف معیار دمای دست در مرحله پرسشگری $33/07 \pm 0/29$ ، در مرحله فشار $31/40 \pm 0/78$ ، در مرحله چالش $30/83 \pm 0/71$ ، در مرحله مقاومت انتقالی $30/56 \pm 0/25$ و در مرحله دستیابی مستقیم به ناهشیار $30/20 \pm 0/01$ است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مرحله های روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در دمای دست.

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

اغلب پژوهش های انجام شده در ISTDP مانند سماری و همکاران (۱۰)، خوربانیان (۱۱)، رضایی و همکاران (۱)، کاسو^{۱۱} (۱۲)، عباس و همکاران (۱۳)، باند (۱۴) و عباس (۱۵) بر اثربخشی این درمان و میزان بهبودی اختلال های روانی متمرکز بوده اند و پژوهش های مرتبط با مبانی نظری و بررسی آن ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در واقع در این مورد پژوهشی انجام نشده و این پژوهش می تواند نقطه آغازی برای پژوهش هایی از این دست باشد.

ISTDP روشی اثربخش و مقرون به صرفه گزارش شده که بر بهبود نشانه های جسمانی نیز تأثیر دارد. از اینرو با توجه به اهمیت نقش اضطراب در نوروها و تجربه فیزیولوژیکی اضطراب در این فرایند، تغییرات دمای بدن به عنوان شاخص فیزیولوژی نشانگر اضطراب در نظر گرفته شد تا روند آن در دو نقطه دست و پیشانی در مرحله های هفتگانه توالی پویشی ISTDP مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش در ادبیات روان درمانی پویشی بدیع است و پژوهشی مشابه آن یافت نشد.

توصیف بیمار

این پژوهش از نوع مطالعه موردی بود. در این پژوهش توالی پویشی بازگشایی ناهشیار و دستورالعمل درمان ISTDP بر روی یک بیمار (۹) و مطابق درمان آزمایشی^{۱۲} استاد دوانلو انجام شد (۴). تغییرات دمای بدن بیمار در مرحله های هفتگانه ISTDP در دو ناحیه دست و پیشانی اندازه گیری شد. در ابتدای چند جلسه به صورت آزمایشی (۵ جلسه) با افراد مختلف تمرین انجام شد تا دشواری ها و اشتباه هایی که امکان داشت در جلسه درمان هنگام نصب و استفاده از دستگاه و فیلم برداری رخ دهد، به طور کامل حذف شود. آزمودنی این پژوهش یک خانم متأهل ۳۱ ساله دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بود که به صورت داوطلبانه انتخاب شد. در روان درمانی پویشی کوتاه مدت دوانلو، دسته بندی بیماران بر اساس طبقه بندی های رایج روانشناسی و روان پزشکی انجام نمی شود و بیماران در طیفی از نوروها قرار می گیرند که از انتهای چپ طیف تا انتهای راست طیف بر مبنای ساختار ایگو، کانون ادیپال نورو، خشم مرگبار و کانال تخلیه اضطراب به پنج طبقه تقسیم می شوند (۴).

جلسه درمان آزمایشی با بیمار انجام شد. این جلسه تا مرحله پنجم دستورالعمل (دستیابی مستقیم به ناهشیار) پیش رفت. جلسه درمان با دو دوربین و به صورت همزمان فیلم برداری شد. یک دوربین از بیمار و درمانگر فیلم برداری می کرد و دوربین دوم بر روی مانیتور دستگاه بیوفیدبک متمرکز بود. سپس فیلم های یادشده به دقت مورد بررسی قرار گرفتند و بر اساس ثانیه های فیلم درمانی، مرحله های ISTDP از یکدیگر تفکیک شدند و دمای دست و پیشانی در هر مرحله با استفاده از فیلم مانیتور دستگاه ثبت شد. در پایان آزمایش کلیه دیالوگ های جلسه درمانی به تفکیک مرحله های ISTDP همراه با دمای دست و پیشانی مشخص شد. داده های پژوهش با آزمون کروسکال والیس^{۱۳} و یومن ویتنی^{۱۴} تجزیه و تحلیل شدند.

^{۱۱} Caso

^{۱۲} Trial therapy

^{۱۳} Kruskal-Wallis

^{۱۴} U Mann-Whitney

^{۱۵} GSR- TEMP- HR biofeedback

^{۱۶} Therapeutic Alliance

^{۱۷} Resistance

در مرحله پرسشگری است.

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

جدول ۴- مقایسه دوجه‌دو 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

جدول ۵- مقایسه دوجه‌دو 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

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 مرحله فشار است. میزان دمای دست و پیشانی در مراحل پروتکل در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

همان طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار دمای پیشانی در مرحله پرسشگری 32.79 ± 0.06 ، در مرحله فشار 33.18 ± 0.17 ، در مرحله چالش 33.34 ± 0.18 ، در مرحله مقاومت انتقالی 33.34 ± 0.11 و در مرحله دستیابی مستقیم به ناهشیار 33.50 ± 0.01 است.

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

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

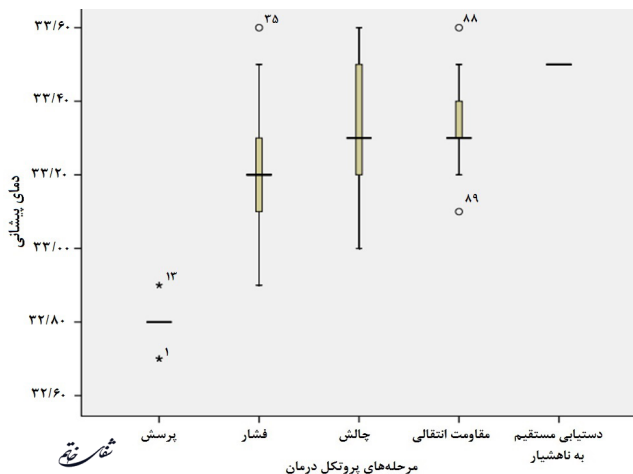
با استفاده از آزمون همگنی واریانس‌ها مشخص شد که واریانس‌های مرحله‌های درمان با یکدیگر همگن نیستند و امکان استفاده از تحلیل واریانس MANOVA وجود ندارد. به همین دلیل از آزمون غیر پارامتریک کروسکال والیس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می‌گردد.

جدول ۳- مقدار کروسکال والیس اندازه دمای دست و پیشانی در مرحله‌های پروتکل روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت

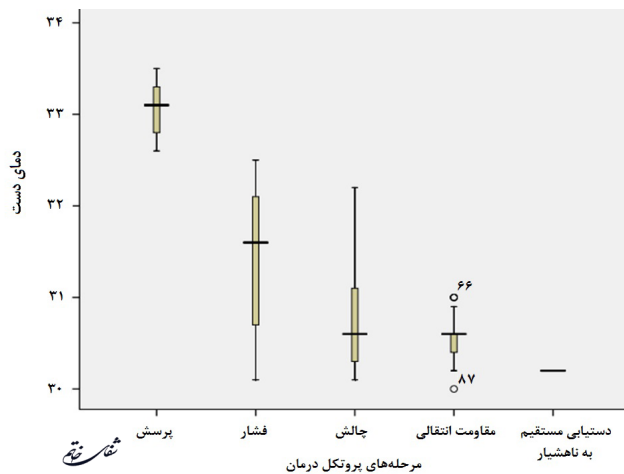
متغیر	Chi-Square	df	P
دمای دست	۴۶/۲۴	۴	۰/۰۰۱
دمای پیشانی	۴۷/۷۳	۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، $X^2=46.24$ با درجه آزادی (df=۴) در سطح 0.001 معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دمای دست مرحله‌های پرسشگری، مرحله فشار، مرحله چالش، مرحله مقاومت انتقالی و مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار- بازگشایی ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازه دمای دست در مرحله پرسشگری و کمترین دمای دست در مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار- بازگشایی ناهشیار است.

همچنین در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، $X^2=47.73$ با درجه آزادی (df=۴) در سطح 0.001 معنی‌دار است و نشان می‌دهد که بین دمای پیشانی مرحله‌های پرسشگری، مرحله فشار، مرحله چالش، مرحله مقاومت انتقالی و مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار- بازگشایی ناهشیار تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازه دمای پیشانی در مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی



نمودار ۲- میزان دمای پیشانی در مرحله‌های ۵ گانه.



نمودار ۱- میزان دمای دست در مرحله‌های ۵ گانه.

شدن علائم 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 می‌پرد 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 مرحله فشار، نشان‌دهنده فعال شدن سیستم‌های متعدد دفاعی بیمار و افزایش اضطراب در بیمار است اما بین مرحله پرسش و فشار هماهنگی بیشتری از دمای دست دیده می‌شود که این با مبانی نظری (۴، ۵) این روش هماهنگ است.

در مرحله‌های چالش و مقاومت انتقالی میانگین دمای دست به شکل محسوسی کاهش می‌یابد که نشان‌دهنده اضطراب در سطح کمتر و فراخوانی احساس‌ها است. از یک سو اضطراب افزایش یافته 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 مرحله 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 مرحله بازگشایی ناهشیار نشان‌دهنده عدم حضور اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی در بیمار است که دمای دست را حدود ۳ درجه از مرحله 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.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد هدف از انجام این پژوهش بررسی تغییرات دمای بدن در فرایند روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بود. با توجه به نتایج مشخص شد، $X^2=46/24$ با درجه آزادی (df=4) در سطح $0/01$ 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 اندازه دمای دست در مرحله پرسشگری و کمترین دمای دست در مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص گردید، $X^2=47/73$ با درجه آزادی (df=4) در سطح $0/01$ 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 اندازه دمای پیشانی در مرحله دسترسی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی در مرحله پرسشگری است.

افزایش تنش و اضطراب بیمار در مرحله 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 مرحله پرسشگری درمانگر به جستجوی علائم 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 ارائه توضیحات تفصیلی و بیان ماهیت احساس‌های خود قادر باشد، در این حالت خط پایه مشخص و تاریخچه 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

به مقدار میانگین‌ها دمای بدن در مرحله فشار بیشتر از چالش و مقاومت انتقالی است اما بین دمای دست در مرحله فشار و دستیابی مستقیم به ناهشیار با توجه به مقدار میانگین‌ها اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. دمای پیشانی نیز در مرحله فشار با مرحله‌های چالش، مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار متفاوت است و با توجه به مقدار میانگین‌ها، دمای بدن در مرحله فشار کمتر از مرحله چالش، مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار است؛ اما بین دمای پیشانی در مرحله چالش با مرحله‌های مقاومت انتقالی و دستیابی مستقیم به ناهشیار و بین مرحله 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 به صورت دقیق‌تر مشخص شود.

تشکر و قدردانی

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

همچنین در تبیین فرضیه تغییرات دمای پیشانی مشخص شد بین اندازه دمای پیشانی در مرحله‌های پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت با یکدیگر تفاوت وجود دارد، با توجه به میانگین‌ها، بیشترین اندازه دمای پیشانی در مرحله دستیابی مستقیم به ناهشیار و کمترین دمای پیشانی در مرحله پرسشگری بود. این نتیجه کم و بیش برعکس دمای دست است؛ اما با توجه به واریانس محدودتر در ناحیه پیشانی که دامنه 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 می‌شود. 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 اضطراب‌زا دارند.

همچنین در مرحله 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 اضطراب‌زا بود (۱۷). همچنین دمای دست در مرحله فشار با مرحله‌های چالش و مقاومت انتقالی متفاوت است و با توجه

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.
- Prochaska J, Norcross 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 and 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 transference 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.

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.