

بی‌خوابی و استیصال

Dissomnia and Distress

همه پژوهش‌هایی که در قلمروهای فیزیولوژیکی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی انجام شده‌اند بر وجود یک رابطه قدرتمند بین خواب و بهزیستی تأکید دارند. پریشانی خواب در اغلب بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و مبتلایان به بیماری‌های بدنی و عصبی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال روان‌پزشکی‌اند، شایع است. چکیده‌هایی که در ادامه به بررسی آنها پرداخته می‌شود، در زمینه اختلالات خواب و درمان‌گریهای مرتبط با آن است.

Violani, C., Grano, C., Battagliese, G., Lucidi, F., & Miraldi, M. (2009). Distress and sleep quality across the life span. *Psychology and Health, 24 (1)*, 51.

استیصال و کیفیت خواب در گستره زندگی

این پژوهش به بررسی ارتباط بین استیصال ناشی از تنیدگی و کیفیت خواب در بررسی‌های کوتاه مدت معطوف به آینده، در بزرگسالان و سالخوردگان اختصاص دارد. ویژگی‌های شخصیتی، تعداد رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، تنیدگی دریافت شده، عاطفه منفی (افسردگی، اضطراب و صرف نیروی حیاتی) و میزان کیفیت خواب از خلال خودگزارش دهیها، در دو مرحله، ابتدای بررسی و پس از حداقل سه ماه ارزیابی شدند و میزان رویدادهای پرتنیدگی، عاطفه منفی و کیفیت خواب به دست آمدند. الگوهای معادله (توازن) ساختاری متفاوت، آزمایش و مقایسه شدند. برای مثال، در سالخوردگان، هنگامی که عاطفه منفی به عنوان متغیر میانجی اثر تنیدگی دریافت شده بر کیفیت خواب ارزیابی شد، الگو به نحو مطلوب ($CI=0/04-0/08$)؛ $RMSEA=0/06$ ؛ $NNFI=0/94$ ؛ $CFI=0/95$) داده‌ها را با سهم مهم در تغییرپذیری مشخص کرد.

Ferrini-Strambi, L., Kuo, T., & Castronovo, V. (2009). Cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I): Group CBT-I effects on emotional distress and perception of sleep. *Psychology and Health, 24 (1)*, 51.

درمانگری شناختی - رفتاری نگر بی‌خوابی (CBT-I): اثر درمان‌گریهای شناختی - رفتاری نگر گروهی بر استیصال هیجانی و ادراک خواب

CBT-I به عنوان نخستین روش درمانگری برای بین‌خوابی مزمن شناخته شده است. به دلیل تعداد محدود متخصصانی که برای ارائه CBT-I آموزش دیده‌اند، اجرای گروهی این روش، یک روی آورد مقرون به صرفه است. تغییرات خواب و نشانگان روزانه ناشی از CBT-I در ۱۷۵ بیمار (میانگین سنی ۴۱/۸) که در خلال ۸ هفته، ۷ جلسه درمانگری گروهی دریافت کرده بودند، بررسی شد. بیماران از شروع تا پایان درمانگری، روزانه پرسشنامه‌های ISI، POMS-37، BDI، باورها و بازخوردها نسبت به خواب (BAS)، مقیاس کوشش خواب گلاسگو، ESS، مقیاس تنیدگی دریافت شده را تکمیل کردند. از شروع تا پایان بررسی، پیشرفت معنادار در تمام اندازه‌ها بر مبنای گزارش خواب و پرسشنامه‌ها مشاهده شد. تمامی عناصر باورها و بازخوردها نسبت به خواب، به صورت معنادار با استیصال هیجانی افزایش یافت. در نتیجه، درمانگری شناختی-رفتاری نگر گروهی به صورت معنادار با بهبود خواب، نشانگان روزانه و خلقی همراه بود. هنگامی که نتایج بیشترین پیشرفت را داشتند، استیصال هیجانی کاهش یافت و ادراک خواب قابل پیش‌بینی‌تر شد.

Bonanni, E., Maestri, M., DiCoscio, E., Choub, A., Tramonti, F., & Murri, L. (2009). Residual insomnia in patients with restless legs syndrome after treatment. *Psychology and Health, 24 (1)*, 51.

بی‌خوابی باقی‌مانده در بیماران با نشانگان پاهای بی‌قرار پس از درمان‌گری

بی‌خوابی بیماران با نشانگان پاهای بی‌قرار (RLS) پس از درمان‌گری نیز باقی ماند و در مراجعه‌های بعدی به پزشک گزارش شد. تقریباً در ۵٪ از بیماران تحت درمان، نشانه‌های بی‌خوابی پس از یک سال ادامه داشت. بنابراین به نظر می‌رسد که در این موارد باید یک تشخیص افتراقی با درمان‌گری مناسب RLS یا اضافی انجام شود. افزون بر این، توجه به نشانه‌های بیماری همراه با دیگر آشفتگی‌های خواب مانند نشانگان خواب بازدارنده آپنیا (OSAS) یا بیماری‌های جسمانی مانند نارسایی کلیوی مزمن و درمان آنها نیز ضروری است. از زمانی که درمان‌گری بی‌خوابی باقی‌مانده مورد توجه قرار گرفته، این مسئله مشخص شده است که SSRI می‌تواند وخامت نشانگان RLS را افزایش دهد، در حالی که در این شرایط تجویز ترازودون و بنزودیازپینها به نتایج مناسبتر و مفیدتری منجر می‌شود. افزون بر آن، استفاده از روان‌درمانگری، به ویژه اگر محدودیت‌های مداخله داروشناختی در نظر گرفته شوند، برای درمان‌گری بی‌خوابی از اهمیت خاصی برخوردار است.

Gemignani, A., Gentili, C., Penato, T., Del Carlo, A., Cetni, F., & Guazzelli, M. (2009). Sleep, stress and psychopathology: From psycho-physiology to clinic. *Psychology and Health, 24 (1)*, 52.

خواب، تنیدگی و آسیب‌شناسی روانی: از روانی - فیزیولوژیکی تا بالینی

خواب پیوند عمیقی با بهزیستی جسمانی، شناختی و هیجانی دارد. پژوهش‌های اخیر احتمال همبستگی فهرست تنیدگی فاعلی و عینی با شاخصهای معین خواب را نشان داده‌اند. به ویژه، نوسانهای خواب کند (SSO)، که احتمالاً در کنش تعادل حیاتی امواج کند خواب درگیرند و پس از یک تنیدگی به شدت قوی کاهش می‌یابند، شکست مکانیزمهای تعادل حیاتی را مطرح می‌کنند. به عبارت دیگر، شرایط تنیدگی‌زای وهله رکود خواب REM بر آن تأثیر می‌گذارد. کوتاه‌شدن این شاخص REM نیز در اختلالهای روان‌پزشکی، به ویژه در افسردگی، یک تغییر متداول است. هدف احتمالی بسیار مهم هورمونهای مرتبط با تنیدگی و تناوب خواب، پدیدآیی عصبی هیپوکامپ است. در واقع هیپوکامپ، در خلال افسردگی و اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای دستخوش یک کاهش حجم قابل برگشت می‌شود. این داده‌های روانی - جسمانی همراه با داده‌های بالینی و همه‌گیری شناختی بر خواب و اختلالهای روان‌پزشکی که یک آسیب‌پذیری متقابل بین تنیدگی، بی‌خوابی و اختلالهای خلقی را نشان می‌دهند، در یک ردیف قرار می‌گیرند.

ترجمه زهره صیادپور

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران جنوب