

راهنمای جامع

درمان‌های رفتاری برای اختلالات خواب

۷.....	پیشگفتار مترجم
۹.....	مشارکت کنندگان
۱۳.....	مخفف‌ها
۱۵.....	مقدمه نویسنده

بخش اول: پروتکل‌های درمانی طب رفتاری خواب برای بی‌خوابی

۲۵.....	فصل ۱: درمان محدودسازی خواب
۳۹.....	فصل ۲: درمان کنترل محرک
۵۱.....	فصل ۳: بهداشت خواب
۶۸.....	فصل ۴: آرام‌سازی برای بی‌خوابی
۸۰.....	فصل ۵: تراکم خواب
۸۶.....	فصل ۶: درمان قصد متناقض
۹۷.....	فصل ۷: آزمایش‌های رفتاری
۱۰۵.....	فصل ۸: مداخله برای کاهش باورهای غیرمفید درباره خواب
۱۱۸.....	فصل ۹: مداخله برای کاهش سوءادراک‌ها
۱۲۴.....	فصل ۱۰: مداخله برای کاهش استفاده از رفتارهای ایمنی‌بخش
۱۳۴.....	فصل ۱۱: درمان شناختی برای باورهای ناکارآمد درباره خواب و بی‌خوابی
۱۴۵.....	فصل ۱۲: بازسازی شناختی: درمان شناختی برای باورهای فاجعه‌ساز خواب
۱۵۴.....	فصل ۱۳: بازآموزی فشرده خواب: درمان شرطی‌سازی برای بی‌خوابی اولیه
۱۶۰.....	فصل ۱۴: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بی‌خوابی
۱۷۰.....	فصل ۱۵: درمان رفتاری کوتاه بی‌خوابی
۱۷۹.....	فصل ۱۶: استفاده از نور درخشان و ملاتونین برای کاهش تأخیر جت
۱۸۷.....	فصل ۱۷: استفاده از نور درخشان و ملاتونین برای سازگاری با کار شبانه

بخش دوم: پروتکل‌های طب رفتاری خواب برای تبعیت و درمان اختلالات خواب درون‌زاد

۱۹۷.....	فصل ۱۸: درمان افزایش انگیزش: انگیزه‌بخشی تبعیت از فشار راه تنفسی مثبت (PAP)
۲۱۳.....	فصل ۱۹: مواجهه‌درمانی برای واکنش‌های هراس از مکان‌های بسته نسبت به فشار تنفسی مثبت مداوم
۲۲۶.....	فصل ۲۰: برنامه خودمدیریتی آینده خواب

فصل ۲۱: درمان شناختی رفتاری برای افزایش تبعیت از راه تنفسی مثبت مداوم: مدل ۱: آموزش روانی	۲۴۴
فصل ۲۲: درمان شناختی رفتاری برای افزایش تبعیت از راه تنفسی مثبت مداوم: مدل ۲: سرمشق‌گیری	۲۴۹
فصل ۲۳: اجتناب از وضعیت خوابیده به پشت در حین خوابیدن برای بیمارانی که دارای آپنه خواب مرتبط با ستون فقرات هستند	۲۵۸
فصل ۲۴: دوره‌های برنامه‌ریزی‌شده خواب به عنوان درمان کمکی برای حمله خواب	۲۷۳

بخش سوم: پروتکل‌های طب رفتاری خواب برای اختلالات خواب کودکان

فصل ۲۵: مشاوره کوتاه والدین برای پیشگیری از آشفتگی خواب نوزاد/کودک نوپا	۲۸۰
فصل ۲۶: خاموشی اصلاح‌نشده برای آشفتگی خواب کودکی	۲۹۳
فصل ۲۷: خاموشی تدریجی: درمان رفتاری برای مشکلات زمان خواب و بیداری شبانه در کودکان کم‌سن	۳۰۱
فصل ۲۸: خاموشی با حضور والدین	۳۱۲
فصل ۲۹: محوشدن زمان خواب با هزینه پاسخ برای کودکان با مشکلات چندگانه خواب	۳۲۳
فصل ۳۰: گذر از زمان خواب	۳۳۲
فصل ۳۱: تمرین «بیخشید» پروتکل رفتاری جهت افزایش مهارت‌های شروع مستقل خواب و کاهش مشکلات زمان خواب در کودکان خردسال	۳۳۹
فصل ۳۲: اصلاح روزانه مشکلات زمان خواب کودکان	۳۵۱
فصل ۳۳: بازی‌های مواجهه‌ای تدریجی به منظور کاهش ترس از تاریکی در کودکان	۳۵۸
فصل ۳۴: بیدار کردن‌های برنامه‌ریزی شده: یک پروتکل رفتاری برای درمان راه‌رفتن در خواب و وحشت شبانه در کودکان	۳۶۴
فصل ۳۵: درمان تمرین تصویرسازی برای نوجوانان	۳۷۳
فصل ۳۶: درمان زنگ هشدار وابسته به رطوبت برای شبادراری اولیه	۳۸۵
فصل ۳۷: افزایش تبعیت از فشار جریان هوای مثبت در کودکانی که گریز از خاموشی در رویکرد رفتاردرمانی چندوجهی برای آنان به کار برده می‌شود	۳۹۴
فصل ۳۸: استفاده از مصاحبه انگیزشی به منظور تسهیل رفتارهای مرتبط با خواب سالم‌تر در نوجوانان	۴۱۱
فصل ۳۹: کاربرد نور روشن در درمان بی‌خوابی	۴۲۸
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۳۶
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۴۳۸

خواب از مقوله‌های بسیار مطرح در زندگی و بخش عمده‌ای از حیات انسان است. موضوعی است که از بدو تولد تا پایان زندگی بخش عمده‌ای از حیات روزانه ما را دربرمی‌گیرد. خواب مرهمی است که بعد از یک دوره طولانی، فرد را آرام می‌کند و به او انرژی دوباره می‌بخشد.

مسئله خواب همواره مورد بحث و کنکاش و مطالعه صاحب‌نظران بوده است. خواب، کیفیت آن، نقش و اهمیت آن و مشکلات ناشی از خواب در بسیاری از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. نیاز افراد به خواب متفاوت است و در برخی نیز این تفاوت وجود دارد. افرادی هستند که به طور ژنتیکی به خواب کمتر نیاز دارند و بعضی دیگر کاملاً بالعکس. خواب کافی برای سلامت و کارکرد آن بسیار ضروری است. در زمان خواب، مغز سیگنال‌ها یا پیام‌هایی را به بدن ارسال می‌کند و در نتیجه هورمون‌ها و ترکیباتی آزاد می‌شود که موجب کاهش مشکلات جسمانی، تنظیم سیستم ایمنی و بازسازی حافظه می‌شود.

کم‌خوابی موجب ناتوانی نوروهای مغز در دریافت اطلاعات می‌شود، قضاوت‌ها نادرست و واکنش‌ها مختل می‌شود. در بسیاری از بیماری‌ها از جمله دیابت، چاقی، آپنه خواب انسدادی و بیماری قلبی مشکل خواب و کم‌خوابی نقش دارد.

در مورد خواب و بی‌خوابی و مشکلات آن، نظریه‌پردازان بسیاری به بی‌خوابی به عنوان اولین اختلال اشاره دارند که هم یک علامت و هم یک بیماری در نظر گرفته می‌شود که از زمان قدیم در متون و اسناد تاریخی و آثار دانشمندان و متفکران به آن پرداخته شده است، حتی در کتاب‌های مقدس از جمله تورات و قرآن نیز به آن اشاره شده است.

در حال حاضر بی‌خوابی در تمامی طبقه‌بندی‌های بیماری‌ها از جمله طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) و کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) مطرح است ولی در سال‌های اخیر به مسئله بی‌خوابی اولیه و ثانویه توجه خاصی شده است.

در سه یا چهار دهه اخیر توجه به مسائل خواب و مشکلات آن بسیار مورد توجه جامعه پزشکی قرار گرفته است و چند انجمن مربوط به خواب با جدیت بسیار به این مقوله توجه دارند و تحقیقات بسیاری در این زمینه انجام و یا در حال انجام است.

با توجه به مسئله بی‌خوابی و اختلال خواب، این موضوع در تمامی کتاب‌های علمی بطور جامع تعریف و مطرح شده است و دستنامه‌های بسیاری با توجه به نگرش صاحب‌نظران و متفکران به کارایی و اثربخشی دیدگاه خود پرداخته‌اند.

در سال‌های اخیر دستنامه‌های درمانی متعددی ارائه شده‌اند که به چگونگی کاربرد روش‌های درمانی پرداخته‌اند. متخصصین حوزه بی‌خوابی بر این توافق دارند که یک راه درمان بی‌خوابی درمان از طریق «رفتاردرمانی شناختی» است. همچنین آکادمی طب خواب آمریکا که از بزرگ‌ترین و جامع‌ترین مراکز تحقیقاتی این اختلال است، به جدیت به معرفی طب رفتاری در درمان خواب توجه داشته و فرایندهای درمانی متعددی را معرفی کرده است.

با توجه به مسئله تأثیر و کاربرد درمان شناختی-رفتاری، مراقبه، ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی و همچنین شیوه‌های رفتاری کاربردی، آثار متعددی به طرح و معرفی این نظریه‌ها و کاربرد آنها اختصاص یافته است.

کتاب حاضر نیز کتابی جامع در زمینه اختلالات خواب و کاربردهای اختصاصی و گام‌به‌گام است که حاوی اطلاعات مفید و کاربردی برای خوانندگان متخصص است. این کتاب از یک جنبه با دیگر کتاب‌های موجود در زمینه درمان بی‌خوابی تفاوت دارد و آن هم نه تنها معرفی جامع نظریه‌های متعدد، پروتکل‌های درمان، کاربرد، موانع مطرح و شیوه‌های مداخله است، بلکه به توصیف گام‌به‌گام پروتکل‌های درمانی متعدد طب رفتاری خواب برای انواع مشکلات خواب پرداخته است و در نتیجه مطالعه این اثر از جامعیت و کاربرد بسیار گسترده‌ای برخوردار است که می‌تواند برای درمان‌گران بخصوص متخصصینی که در زمینه بی‌خوابی فعالیت می‌کنند بسیار کارایی داشته باشد.

از آقای میثم شفیعی، دانش‌آموخته رشته روانشناسی بالینی و همکاران ایشان که با توجه و دقت نظر و شیوایی به برگردان این اثر اقدام کرده‌اند و نگرش نوینی را در اختیار درمان‌گران قرار می‌دهد بسیار سپاسگزارم.

از انتشارات ارجمند که همواره با چاپ آثار ارزشمند در زمینه پزشکی و خصوصاً روان‌پزشکی، روان‌شناسی و طب رفتاری به جامعه علاقه‌مندان این رشته‌ها توجه داشته‌اند متشکرم و امید داریم با تداوم چاپ آثار مطرح و بخصوص آثار علمی کاربردی در درمان، با این اقدام همچنان یاری‌رسان علاقمندان و متخصصین باشند.

دکتر بهروز بیرشک

روان‌شناس

هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

- Mark S. Aloia**, National Jewish Health, Division of Psychosocial Medicine, Denver, CO
- Delwyn Bartlett**, Medical Psychology, Sleep & Circadian Group, Woolcock Institute of Medical Research, Glebe, and University of Sydney, NSW, Australia
- Lynda Bélanger**, Université Laval, Québec City, Canada
- Richard R. Bootzin**, Departments of Psychology and Psychiatry; Sleep Research Laboratory; and Insomnia Clinic, Arizona Health Sciences Center; University of Arizona, Tucson, AZ, USA
- Helen J. Burgess**, Biological Rhythms Research Laboratory, Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA
- Daniel J. Buysse**, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA
- Kelly Byars**, Department of Clinical Psychology, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH, USA
- Edward R. Christophersen**, University of Missouri at Kansas City School of Medicine and Staff Psychologist, Children's Mercy Hospital and Clinics, Kansas, MO, USA
- Shannon L. O'Connor Christian**, National Jewish Health, Division of Psychosocial Medicine, Denver, CO, USA
- Ronald E. Dahl**, Department of Psychology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- Robert Didden**, Behavioural Science Institute/Department of Special Education, Radboud University, Nijmegen, The Netherlands
- Jack D. Edinger**, Department of Veterans Affairs, Medical Center and Duke University Medical Center, Durham, NC, USA
- Polina Eidelman**, Golden Bear Sleep and Mood Research Clinic, Psychology Department, University of California, Berkeley, CA, USA
- Colin A Espie**, University of Glasgow Sleep Centre, Sackler Institute of Psychobiological Research, University of Glasgow, Scotland, UK
- Karyn G. France**, Health Sciences Centre, University of Canterbury, Christchurch, New Zealand
- Patrick C. Friman**, Director of Boys Town Center for Behavioral Health, University of Nebraska Medical Center, Boys Town, NE, USA
- Phil Gehrman**, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA; Center for Sleep and Respiratory Neurobiology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA
- Anne Germain**, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA
- Paul B. Glovinsky**, St Peter's Sleep Center, Washington Avenue Extension, Albany, NY; Cognitive Neuroscience Program, The City College of New York, New York, NY, USA

Melanie A. Gold, Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; Student Health Services, Division of Student Affairs, University of Pittsburgh Student Health Service, Pittsburgh, PA, USA

Kathryn Harnett McConahay, Pediatric Associates, Kansas City, MO, USA

Jodie Harris, Adelaide Institute for Sleep Health, Repatriation General Hospital, Adelaide, South Australia

Allison G. Harvey, Golden Bear Sleep and Mood Research Clinic, Psychology Department, University of California, Berkeley, CA, USA

Tiffany Kodak, Department of Pediatrics, Center for Autism Spectrum Disorders, Munroe-Meyer Institute, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA

Barry Krakow, Sleep & Human Health Institute, Maimonides Sleep Arts & Sciences, Ltd, Albuquerque, NM, USA

Brett R. Kuhn, Monroe-Meyer Institute Department of Pediatric Psychology, University of Nebraska Medical Center, Children's Sleep Disorders Center, Omaha, NE, USA

Leon Lack, Department of Psychology, Flinders University, Adelaide, South Australia

Giulio E. Lancioni, Department of Psychology, University of Bari, Bari, Italy

Kenneth L. Lichstein, Department of Psychology, University of Alabama, Tuscaloosa, AL, USA

Rachel Manber, Department of Psychology and Behavioral Sciences, Stanford University, CA, USA

Christina S. McCrae, Department of Clinical Psychology, University of Florida, Gainesville, FL, USA

Susan M. McCurry, Department of Psychosocial and Community Health, University of Washington, Seattle, WA, USA

Melanie K. Means, Department of Veterans Affairs Medical Center and Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Lisa J. Meltzer, Sleep Center, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA; Department of Pediatrics, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA, USA; Department of Pediatrics, National Jewish Health, Denver, CO, USA

William L. Mikulas, Department of Psychology, University of West Florida, Pensacola, FL, USA

Jodi A. Mindell, Department of Psychology, Saint Joseph's University, Philadelphia, PA; Sleep Center, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA, USA

Charles M. Morin, Université Laval, Québec City, Canada

Arie Oksenberg, Sleep Disorders Unit, Loewenstein Hospital-Rehabilitation Center Raanana, Israel

Jason C. Ong, Johnston R. Bowman Center, Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA

Michael L. Perlis, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania; Center for Sleep and Respiratory Neurobiology, University of Pennsylvania; School of Nursing, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

- Cathleen C. Piazza**, Munroe-Meyer Institute and Department of Pediatrics, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- Donn Posner**, Department of Psychiatry, Brown University, Providence, RI; The Sleep Disorders Center of Lifespan Hospitals, Providence, RI, USA
- Ann E. Rogers**, Emory University, Atlanta, GA, USA
- Connie J. Schoes**, Father Flanagan's Boys' Home, Boys Town, NE, USA
- Jeff Sigafos**, School of Educational Psychology & Pedagogy, Victoria University of Wellington, Karori, Wellington, New Zealand
- Keith J. Slifer**, Pediatric Psychology Program, Department of Behavioral Psychology, Kennedy Krieger Institute, Baltimore, MD, USA; Departments of Psychiatry and Behavioral Sciences and Pediatrics, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA
- Arthur J. Spielman**, Cognitive Neuroscience Program, The City College of New York, New York, NY; Center for Sleep Disorders Medicine and Research, New York Methodist Hospital, Brooklyn, NY; Center for Sleep Medicine, Weill Cornell Medical College, Cornell University, New York, NY, USA
- Carl Stepnowsky**, University of California, San Diego, CA; VA San Diego Healthcare System, San Diego, CA, USA
- Brian Symon**, Kensington Park, Adelaide, South Australia
- Lisa Talbot**, Golden Bear Sleep and Mood Research Clinic, Psychology Department, University of California, Berkeley, CA, USA
- Daniel J. Taylor**, Department of Psychology, University of North Texas, Denton, TX, USA
- S. Justin Thomas**, Department of Psychology, University of Alabama, Tuscaloosa, AL, USA
- William J. Warzak**, Munroe-Meyer Institute for Genetics and Rehabilitation, Department of Pediatrics, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska, USA
- Chien-Ming Yang**, Department of Psychology/The Research Center for Mind, Brain, & Learning, National Cheng-Chi University, Taipei, Taiwan

AASM	American Academy of Sleep Medicine
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AHI	Apnea Hypopnea Index
BBTI	Brief Behavioral Treatment of Insomnia
BIC	Behavioral Insomnia of Childhood
BiPAP	Bilevel Positive Airway Pressure
BSM	Behavioral Sleep Medicine
BZRA	Benzodiazepine Receptor Agonist
CBT	Cognitive Behavioral Treatment
CBT-I	Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CR	Conditioned Response
CS	Conditioned Stimulus
CT	Cognitive Therapy
DBAS	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep
EBT	Evidence-Based psychological Treatments
ED	Education
EEG	Electroencephalography
EMD	Excuse-Me Drill
EXT	Extinction
GERD	Gastroesophageal reflux disease
GSES	Glasgow Sleep Effort Scale
ICSD-2	International Classification of Sleep Disorders, 2nd edition
IRT	Imagery Rehearsal Therapy
ISI	Insomnia Severity Index
ISR	Intensive Sleep Retraining
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction Program
MBTI	Mindfulness-Based Therapy for Insomnia
MET	Motivational Enhancement Therapy
MI	Motivational Interviewing
MR	Mental Retardation
MSLT	Multiple Sleep Latency Test
NIH	National Institute of Health
NREM	Non-Rapid Eye Movement
OSA	Obstructive Sleep Apnea
PAP	Positive Airway Pressure
PERB	Post-Extinction Response Burst
PI	Paradoxical Intention
PLM	index Periodic Limb Movement Index

PMR	Progressive Muscle Relaxation
PSG	Polysomnography
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
RCT	Randomized Controlled Trial
REM	Rapid Eye Movement
SA	Scheduled Awakenings
SAMI	Sleep Associated Monitoring Index
SASMP	Sleep Apnea Self-Management Program
SBSM	Society of Behavioral Sleep Medicine
SC	Standard Care
SCT	Stimulus Control Therapy
SE	Sleep Efficiency
SHEP	Shoulder-Head Elevation Pillow
SHI	Sleep Hygiene Index
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
SL	Sleep Latency
SOA	Sleep Onset Association
SOL	Sleep Onset Latency
SRBQ	Sleep-Related Behaviours Questionnaire
SRT	Sleep Restriction Therapy
SSS	Stanford Sleepiness Scale
ST	Sleep Terrors
STQ	Sleep Timing Questionnaire
SW	Sleepwalking
TASB	Thoracic Anti-Supine Band
TIB	Time in Bed
T_{\min}	Core body temperature rhythm minimum
TST	Total Sleep Time
UCR	Unconditioned Response
UCS	Unconditioned Stimulus
WASO	Wake After Sleep Onset

مایکل ال. پرلیس

دپارتمان روان پزشکی، دانشگاه پنسیلوانیا، دانشکده پزشکی، فیلادلفیا

مارک اس. آلویا

بهداشت ملی یهودیان، واحد پزشکی روانی - اجتماعی، دنور، کلرادو

برت آر. کوهن

خدمات طب رفتاری خواب، مرکز اختلالات خواب کودکان، بیمارستان کودکان و مرکز طبی، اوهاما، نبراسکا

در طول دو الی سه دهه گذشته شاهد افزایش نظام‌های درمانی طب رفتاری خواب (BSM) بوده‌ایم. در حالیکه شناخته‌شده‌ترین و معتبرترین درمان‌های طب رفتاری خواب، مداخلات اصلی درمان شناختی - رفتاری برای بی‌خوابی¹ (CBT-I) هستند (مانند کنترل محرک، محدودسازی خواب و بهداشت خواب)، تعدادی مداخلات جدید و غیردارویی نیز برای اختلالات خواب عمده طراحی شده‌اند. یکی از موانع اصلی انتشار و کاربرد گسترده این مداخلات این است که جزئیات پروتکل‌ها، بدیهی و ساده به نظر می‌رسند و فقط توسط متخصصان رفتاری خواب در مورد آنها تحقیق شده است. بنابراین انگیزه اصلی برای نوشتن این کتاب کنار هم قرار دادن همه مداخلات طب رفتاری خواب عمده به صورت یکجا و فراهم کردن این اطلاعات به سراسرترین شیوه ممکن می‌باشد. هریک از فصل‌های این کتاب از چارچوب یکسانی استفاده می‌کنند که شامل موارد زیر می‌باشد:

نام پروتکل (مانند: درمان محدودسازی خواب)

کاربرد عمده (مانند: بی‌خوابی)

کاربرد اختصاصی (مانند نوع DX یا زیرنوع)

موارد منع کاربرد

منطق مداخله

توصیف گام‌به‌گام فرایندها (چگونگی)

اصلاحات/ جایگزین‌ها

اثبات مفاهیم/ داده‌های حمایت‌کننده/ شواهد پایه

منابع پیشنهادی جهت مطالعه بیشتر

سعی این کتاب بر آنست که حداقل برای سه گروه از خوانندگان حاوی اطلاعات مفید باشد: متخصصان طب رفتاری خواب که آن را به کار می‌برند و در پی گسترش روش‌های فعلی خود هستند تا بخشی یا همه طیف مداخلات طب رفتاری خواب در دسترس را شامل شود. بالینگران و دانشجویان بالینی سایر رشته‌ها که به دنبال شروع فرایند استفاده از مداخلات طب رفتاری خواب در کار خود هستند.

محققان بالینی که به دنبال توصیفات پروتکل پایه هستند تا مطالعات کارایی، اثربخشی، و/یا مقایسه‌ای را بر روی مداخلات طب رفتاری خواب انجام دهند.

برای دو گروه اول که «کاربران نهایی» هستند، بسیار تأکید و پیشنهاد می‌کنیم که شیوه آموزش در این حوزه استفاده از شیوه کارآموزی^۱ است، و مطابق با آن توصیه می‌شود که دوره کارآموزی، تحت سرپرستی ناظر و مربی برای تقویت مطالب ارائه شده در این دستنامه به کار برده شود. برای افرادی که از برنامه‌های طب رفتاری خواب استفاده می‌کنند، تدارک دیدن سرپرستی و نظارت می‌تواند به راحتی انجام پذیرد. برای بالینگران جامعه‌نگر، تدارک دیدن سرپرستی و نظارت ممکن است دشوارتر باشد، اما احتمالاً می‌تواند به وسیله مشاوره تلفنی توسط متخصصان طب رفتاری خواب انجام پذیرد.

در نهایت امیدواریم که این کتاب علاقه قابل توجهی را در درمان‌گران رفتاری که به طور مرتب با بیماران دچار اختلالات خواب سروکار دارند و آموزش رسمی در طب خواب ندیده‌اند، ایجاد کند. این افراد را ترغیب می‌کنیم دانش بنیادی در این زمینه کسب کنند که می‌تواند از منابعی که در پایین آمده است حاصل آید.^۲

دوره‌ها، وبینارها، و مجموعه اسلایدهایی که در آکادمی طب خواب آمریکا^۳ (AASM) و اخیراً در جامعه طب رفتاری خواب^۴ (SBSM) در دسترس هستند می‌توانند به عنوان ابزارهای آموزشی مفید استفاده شوند.

امیدواریم که این کتاب برای شما مفید و حتی بهتر از آن، لذت‌بخش باشد.

نکته پایانی: هدف این دستنامه این است تا به صورت متمرکز بر روی تهیه مداخلات طب رفتاری خواب بپردازد. این کتاب نباید به عنوان راهنمایی برای «خودیاری» یا توسط بالینگران بدون پیشینه آموزشی کافی، و/یا بدون أخذ مشورت مناسب از کسانی که تخصص در طب خواب و درمان رفتاری دارند، به کار برده شود.

1. apprenticeship

2. Principles & Practice of Sleep Medicine (M. Kryger, R. Roth & Dement, eds), 4th edn. Elsevier Saunders Co., Philadelphia, PA, 2005.

Sleep Disorders Medicine (S. Chokroverty, ed.), 2nd edn. Butterworth-Heinemann, Boston, MA, 1999.

3. American Academy of Sleep Medicine

4. Society of Behavioral Sleep Medicine

پروتکل‌های درمانی طب رفتاری خواب برای بی‌خوابی

مقدمه

مایکل ال. پرلیس

دپارتمان روان‌پزشکی، دانشگاه پنسیلوانیا، دانشکده پزشکی، فیلادلفیا

با وجود اینکه طب رفتاری خواب به عنوان یک رشته در دوران طفولیت خود به سر می‌برد (شاید درست‌تر دوران جنینی باشد) [۱-۳] وضعیت علم درباره بی‌خوابی در دهه چهارم عمر خود است: ارگانیزم کاملاً بالغ شده است، ولی همچنان باید یاد بگیرد، بگوید، و انجام دهد. با توجه به بلوغ در حوزه بی‌خوابی، در حال حاضر شالوده‌هایی وجود دارند که به خوبی تعریف شده‌اند و شامل این موارد هستند: (۱) تنوع مدل‌های مفهومی، (۲) تعاریف استاندارد شده، (۳) رویکرد کلی به ارزیابی، (۴) درمان‌های جاافتاده‌ای که مبتنی بر شواهد^۱ هستند (هم در ارتباط با کارایی و هم اثربخشی)، (۵) دستنامه‌های درمانی منتشر شده و دوره‌های در دسترس برای گسترش و کاربرد درمان، و (۶) نسل جدیدی از درمان‌هایی که این نوید را می‌دهند که نتایج بالینی بهتری حتی نسبت به درمان‌های کنونی کسب کنند. این مباحث به طور مختصر در ادامه مرور می‌شوند و بررسی کوتاهی نیز درباره مسیرهای آتی حوزه بی‌خوابی صورت خواهد گرفت.

وضعیت علمی

مدل‌های مفهومی

این جنبه از طب رفتاری خواب که شاید بیشتر از بقیه رشد کرده است، در دوره اولیه پژوهش در حوزه خواب و طب خواب (دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰) با رویکرد کنترل محرک بوتزین [۴] و مدل سه عاملی اسپیلمن [۵] آغاز شد. از دهه ۱۹۹۰ شاهد تکثیر و گسترش رویکردهای نظری در سبب‌شناسی و پاتوفیزیولوژی بی‌خوابی هستیم که شامل ۱۰ مدل انسانی و ۳ مدل حیوانی است [۶]. در مجموع این

1. evidence base

رویکردها، می‌توانند دیدگاه غنی و وسیعی را از عواملی که (۱) در خدمت آماده‌سازی، زمینه‌سازی، و تداوم بی‌خوابی به عنوان یک اختلال هستند، (۲) برای کارایی کیفیت درمان کنونی به کار می‌روند، و/یا (۳) به عنوان اهدافی برای رشد و توسعه درمان‌های جدید استفاده می‌شوند، فراهم کنند.

تعاریف استاندارد

بی‌خوابی بی‌شک اولین اختلال خوابی است که هم به عنوان یک علامت و هم یک بیماری توصیف شده است. منابع برای این شکل از بی‌خوابی در قدیمی‌ترین اسناد تاریخ بشری یافت می‌شود؛ از جمله ایلیاد، حماسه گیل‌گمش، تورات، عهد جدید، و قرآن. امروزه بی‌خوابی در همه طبقه‌بندی‌های بیماری عمده که به توصیف و تعریف بیماری‌های جسمانی و روانی می‌پردازند، مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM)، طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ (ICD) و طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب^۳ (ICSD) وجود دارد. این طبقه‌بندی‌های تشخیصی با توصیف ملاک‌های تشخیصی تحقیقات رسمی، تکمیل شده‌اند [۷]. شاید اخیراً مهم‌ترین کار انجام شده در این حوزه تلاش برای به چالش کشیدن اعتبار و سودمندی طبقه‌بندی‌های تشخیصی بی‌خوابی اولیه و ثانویه است [۸،۹]. در این زمینه به نظر می‌رسد بسیاری آماده‌کنار گذاشتن مفهوم بی‌خوابی ثانویه به نفع بی‌خوابی همایند می‌باشند.

روش‌های ارزیابی استاندارد

امروزه در این موارد توافق عمومی وجود دارد:

- ارزیابی آینده‌نگر به وسیله دفترچه یادداشت خواب لازم است.
- ارزیابی اختلالات افسردگی و اضطرابی ضروری است.
- ارزیابی گذشته‌نگر شدت بی‌خوابی (مانند: ISI)، و زمان‌بندی و فراوانی بی‌خوابی (مانند: TPQ) می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ و
- ارزیابی عواملی که تصور می‌شود تعدیل‌کننده شدت بیماری‌اند، شامل عواملی از جمله: نقص در بهداشت خواب (مانند: SHI [۱۱])، باورهای ناکارآمد درباره خواب (مانند: DBAS [۱۲])، تلاش برای خوابیدن (مانند: GSES [۱۳])، و توجه انتخابی به «تهدیدکننده»های خواب (مانند: SAMI [۱۴]) می‌تواند مفید باشد.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. International Classification of Diseases

3. International Classification of Sleep Disorders

داده‌های کارایی و اثربخشی

اتفاق نظر وجود دارد که اولین مجموعه تحقیقات موردی، اگر تماماً کارآزمایی‌های بالینی نباشند، در دهه ۱۹۳۰ برای آزمودن کارایی آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده^۱ (PMR) انجام شد. از آن زمان تقریباً ۲۰۰ کارآزمایی هم به صورت مداخله منفرد (کنترل محرک، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده، و محدودسازی خواب) و هم به صورت مداخلات چند-مؤلفه‌ای انجام شده‌اند که به عنوان درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (CBT-I) شناخته می‌شوند. این پیشینه پژوهشی گسترده به صورت کمی به شیوه آماری فراتحلیل حداقل به سه شکل خلاصه و تبیین شده است [۱۷-۱۵]، و حداقل یک فراتحلیل مقایسه‌ای وجود دارد که اثربخشی نسبی CBT-I را در مقایسه با آگونیس‌های گیرنده بنزودیازپین (BZRAs) ارزیابی می‌کند [۱۸]. یافته‌های حاصل از این پژوهش، که با نتیجه‌گیری‌های بخش کنفرانس علمی موسسه ملی بهداشت (NIH) سازگارند [۱۹]، نشان می‌دهند که (۱) CBT-I بسیار کارآمد است، (۲) در کوتاه‌مدت BZRAs و CBT-I نتایج مشابهی دارند، (۳) به نظر می‌رسد CBT-I هنگامی که درمان فعال متوقف می‌شود، تأثیرات بادوام‌تری دارد.

فراتر از مسئله کارایی، مسئله اثربخشی است. نتایج بالینی مشاهده‌شده در کارآزمایی‌های بالینی، مشابه نتایج درمانی (۱) بیماران دارای بی‌خوابی که به صورت همایند دارای بیماری‌های پزشکی و /یا همکارانشان [۲۰-۲۵] و /یا (۲) بیمارانی که در محیط‌های مراقبت بالینی درمان شده‌اند (به عنوان نمونه: پرلیس و همکاران [۲۶،۲۷]) هستند. تا به امروز بیش از ۲۰ مطالعه بر روی نمونه‌های بیمارانی که از بیماری‌های همایندی مانند: سرطان، درد مزمن، افسردگی، و اختلال استرس پس آسیمی^۲ (PTSD) رنج می‌برند، انجام شده است. یافته‌های حاصل از این مطالعات نه تنها نشان می‌دهد که CBT-I مؤثر است، بلکه همچنین نشان می‌دهد که پیامدهای بالینی، مشابه نتایج بیماران مبتلا به بی‌خوابی اولیه است. در بعضی موارد، تأثیرات در عمل حتی بیشتر هستند [۲۴،۲۱]. همان‌طور که قبلاً گفته شد، انواع مجموعه تحقیقات موردی بالینی وجود دارند. اندازه تأثیر این مطالعات به نظر می‌رسد مشابه کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده است. در مجموع، این یافته‌ها آشکارا نشان می‌دهند که CBT-I آمادگی بیشتری برای انتشار و کاربرد گسترده دارد.

انتشار و کاربرد درمانی

در سال‌های اخیر در این حیطه، بخصوص در زمینه آموزش و گواهی پیشرفت‌های مهمی صورت گرفته است. نخست؛ حداقل سه دستنامه درمانی در این زمینه منتشر شده است که چگونگی کاربرد

1. progressive muscle relaxation
2. PTSD

CBT-I را توضیح می‌دهد [۲۸-۳۰]. دوم؛ چندین دورهٔ چندروزه وجود دارد که به صورت سالیانه یا دوسال یکبار در دسترس هستند. یکی از این دوره‌ها که به طور عمده‌ای طب رفتاری خواب را معرفی می‌کند، از طریق آکادمی طب خواب آمریکا (AASM) از سال ۲۰۰۴، و همچنین از طریق جامعهٔ طب رفتاری خواب (SBSM) در دسترس است؛ یکی دیگر از این دوره‌ها، که به سمینار آموزشی CBT-I اختصاص یافته است، به صورت سالیانه از سال ۲۰۰۶ از طریق دانشگاه روچستر، و در حال حاضر دانشگاه پنسیلوانیا برگزار می‌شود. سوم؛ در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ کمیتهٔ طب رفتاری خواب آکادمی طب خواب آمریکا (AASM) فرصت‌های آموزشی را به واسطهٔ گواهی‌دادن به فلوشیپ‌ها و خرده‌فلوشیپ‌های طب رفتاری خواب، ایجاد کرد. چهارم، در نتیجهٔ چشم‌انداز و سخاوت AASM، از سال ۲۰۰۴، بورد تخصصی گواهی‌نامه برای طب رفتاری خواب وجود دارد که تحت نظر آکادمی و بورد تخصصی طب خواب آمریکا اداره می‌شود.

درمان‌های جدید

در سال‌های اخیر تجدیدحیات قابل توجهی برای رشد و توسعهٔ درمان‌های جدید صورت گرفته است. عصاره و ثمرهٔ این زحمات، علت و انگیزه برای نوشتن این کتاب بوده است: نیاز به جمع‌آوری آنها در یکجا و توصیف هر کدام از فرایندهای درمانی که نه تنها CBT-I را شامل می‌شود، بلکه همچنین درمان‌هایی را که اخیراً رشد و توسعه یافته‌اند، در بر می‌گیرد. در ارتباط با بی‌خوابی، درمان‌های جدید شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. استفاده از نور درخشان به عنوان درمان کمکی (به فصل ۱۷ مراجعه کنید)
۲. بازآموزی خواب (به فصل ۱۳ مراجعه کنید)
۳. استفاده از درمان شناختی شامل آزمایش‌های رفتاری برای درمان باورهای ناکارآمد و رفتاری‌های ایمنی‌بخش (به فصول ۷ تا ۱۰ مراجعه کنید)
۴. انطباق درمان شناختی برای تفکر فاجعه‌ساز از طریق روش‌هایی که برای بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی تا بیمارانی که دچار بی‌خوابی هستند، طراحی شده‌اند (به فصل ۱۲ مراجعه کنید)
۵. استفاده از ذهن‌آگاهی و مراقبه به عنوان روش‌هایی برای تسهیل مقابله با بی‌خوابی (به فصول ۴ و ۱۴ مراجعه کنید)

مسیرهای آینده

با توجه به اینکه اکثر مسیرها طی شده و انجام پذیرفته‌اند، این سؤال مطرح نیست که چه چیزی برای انجام باقی مانده است.

مدل‌های مفهومی

ابتدا وجود نظریاتی لازم است تا در معرض آزمایش‌هایی که ابطال‌پذیر هستند قرار بگیرند. مدل‌های حیوانی نیازمند دارند که اعتبار آنها ارزیابی شود [۶،۳۱]. مدل‌های جدید حیوانی نیازمند این هستند که توسعه یابند تا بر روی عواملی که مدل‌های انسانی را توصیف می‌کنند، متمرکز شوند، و از طرف دیگر، یافته‌های حاصل از مدل‌های حیوانی نیازمند ارزیابی بر روی مدل‌های انسانی هستند.

تعاریف استاندارد

طبقه‌بندی‌های بیماری باید به صورت نقادانه ارزیابی شوند تا شناخت تیپ‌پدیداری مناسب اختلال به وجود بیاید. چنین تلاشی مستلزم ارزیابی کامل اعتبار و سودمندی وجود تیپ‌های بی‌خوابی (مانند: بی‌خوابی روانی-فیزیولوژیک، بی‌خوابی متناقض، بی‌خوابی بی‌سبب (ایدیوپاتیک))، زیرنوع‌ها (بی‌خوابی اوایل، میانی، و انتهایی) و این است که آیا پدیده خواب غیراستراحت‌بخش در غیاب مشکلات راه‌انداز و تداوم‌بخش خواب باید به عنوان شکلی از بی‌خوابی لحاظ شود. به علاوه، نیازمند ارزیابی تجربی هستیم که نه تنها بی‌خوابی حاد و مزمن را از هم متمایز کند، بلکه سایر مشخصات بالینی اختلال را (با نگاهی که به دنبال ایجاد ملاک کمی باشد) مانند: فراوانی، مدت، و شدت بیماری مشخص کند.

روش‌های ارزیابی استاندارد

شاید بهترین کوشش برای انجام تکلیف استانداردسازی ارزیابی بی‌خوابی (حداقل برای اهداف پژوهشی) در سال ۲۰۰۵ در کنفرانس پیتزبورگ صورت گرفته است [۳۲]. توصیه‌های حاصل از این کنفرانس، اگرچه خیلی مفیدند، به عنوان «استاندارد» برای کار بالینی از طرف AASM و SBSM شناخته نمی‌شوند. بررسی مجدد یافته‌های حاصل از این کنفرانس یک نقطه ایده‌آل را برای حرکت به سمت شناسایی حداقل استانداردها برای سنجش فرایند ارزیابی اولیه، پیشروی فراتر از دوره درمان، و مشخص کردن تغییر پیش-پس از درمان نشان می‌دهد.

کارایی و اثربخشی داده‌ها

درمان‌های تأییدشده (بخصوص CBT-I) نیازمند ارزیابی در مطالعات ساختارزدایی هستند تا تعیین شود کدام‌یک از مؤلفه‌ها (به صورت کلی) و برای چه کسانی (برای هرکدام از تیپ‌ها و زیرنوع‌های بی‌خوابی) بیشترین اثربخشی را دارند. مطالعات همچنین نیازمند این هستند که کارآمدی CBT-I در شرایط «دنیای واقعی» توسط انواع مختلف ارائه‌دهندگان خدمات (مانند: روانشناس، پزشک، پرستار)،

محیط‌ها (مانند: مراکز اختلالات خواب، درمان خصوصی)، و نوع بیماران (مانند: دامنه کامل همبندی‌ها) بررسی و آزمایش شود.

انتشار و کاربرد درمانی

یکی از چالش‌های اصلی در این حوزه، گرچه شاید توسعه آن به صورت مناسب دارد صورت می‌گیرد، مشکل چگونگی انتشار و کاربرد آن در سطوح ملی و بین‌المللی است. مسائل مدنظر (۱) آگاه ساختن عموم از گزینه درمان CBT-I (۲) آگاه ساختن رشته‌های علمی حرفه‌ای مرتبط از CBT-I به عنوان یک گزینه درمانی و (۳) گذراندن آموزش لازم و فرایندهای مربوط به گواهی می‌باشد. این مسائل واقعاً سؤالات ترسناکی را نمایان می‌کنند که در حال حاضر تمرکز اصلی SBSM بر روی آن می‌باشد.

درمان‌های جدید

به طور کلی CBT-I حدود ۵۰ درصد مشکلات شروع و تداوم خواب را کاهش می‌دهد [۱۵-۱۸]. اگرچه این ضریب، تأثیر بالینی قدرتمندی را نشان می‌دهد (با دامنه ضریب تأثیر ۰,۴۶ (TST) تا ۱,۰۵ (SL) و ۱,۰۳ (WASO))، همچنان خاطرنشان می‌کند که حداقل به یکی از دو روشی که در ادامه مطرح شده است هنوز کار برای انجام وجود دارد [۳۳]. نخست، راهبردهایی که نیاز به رشد و توسعه دارند تا پاسخ درمانی متوسط را به بیماران بیشتری گسترش دهند. دوم، درمان‌های کمکی که نیاز به رشد و توسعه دارند تا نتایج بالینی را تا سطح بعدی، یعنی جایی که درصد زیادی از بیماران تسکین و یا بهبود می‌یابند، ارتقاء دهند. تا به امروز، تحقیق و توسعه بر روی موضع دوم متمرکز است، و شامل چندین پروتکل می‌شود که در کتاب حاضر تشریح شده‌اند.

در مجموع امیدواریم که این بررسی و مرور مختصر در محیط‌های موردنظر برای درمان‌هایی که به تفصیل در این بخش بررسی شده‌اند، مفید باشد.

منابع

- [1] E.J. Stepanski, Perlis ML, Behavioral sleep medicine. An emerging subspecialty in health psychology and sleep medicine, J. Psychosom Res. 49 (2000) 343-347.
- [2] M. Perlis, M.T. Smith, How can we make CBT-I and other BSM services widely available? Clin. Sleep Med. 4 (1) (2008) 11-13.
- [3] W. Pigeon, V.M. Crabbtree, M. Scherer, The future of behavioral sleep medicine, Clin. Sleep Med. 3 (1) (2008) 73-79.

1. Total sleep time
2. Sleep latency
3. Wake after sleep onset

- [4] Bootzin R.R. Stimulus control treatment for insomnia. Proceedings, 80th Annual Convention, APA 1972;395–396.
- [5] A Spielman, L. Caruso, A behavioral perspective, *Psychiatr. Clin. North Am.* (1987).
- [6] M. Perlis, P.J. Shaw, G. Cano, C.A. Espie, Models of insomnia, in: M. Kryger, T. Roth, W.C. Dement, (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, Saunders-Elsevier, Philadelphia, PA, 2010 TBA.
- [7] J.D. Edinger, M.H. Bonnet, R.R. Bootzin, et al., Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group, *Sleep* 27 (2004) 1567–1596.
- [8] C.S. McCrae, K.L. Lichstein, Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities, *Sleep Med. Rev.* 5 (2001) 47.61.
- [9] K.L. Lichstein, Secondary insomnia: a myth dismissed, *Sleep Med. Rev.* 10 (2006) 3.5.
- [10] T.H. Monk, D.J. Buysse, K.S. Kennedy, et al., Measuring sleep habits without using a diary: the sleep timing questionnaire, *Sleep* 26 (2003) 208.212.
- [11] D.F. Mastin, J. Bryson, R. Corwyn, Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index, *J. Behav. Med.* 29 (2006) 223.227.
- [12] C.M. Morin, J. Stone, D. Trinkle, et al., Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints, *Psychol. Aging* 8 (1993) 463.467.
- [13] N.M. Broomfield, C.A. Espie, Toward a valid, reliable measure of sleep effort, *J. Sleep Res.* (2010) in press.
- [14] C.N. Semler, A.G. Harvey, Monitoring for sleep-related threat: a pilot study of the Sleep Associated Monitoring Index (SAMI), *Psychosom. Med.* 66 (2004) 242.250.
- [15] M.R. Irwin, J.C. Cole, P.M. Nicassio, Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55 to 64 years of age, *Health Psychol.* 25 (2006) 3.14.
- [16] C.M. Morin, J.P. Culbert, S.M. Schwartz, Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy, *Am. J. Psychiatry* 151 (1994) 1172.1180.
- [17] D.R. Murtagh, K.M. Greenwood, Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis, *J. Consult. Clin. Psychol.* 63 (1995) 79–89.
- [18] M.T. Smith, M.L. Perlis, A. Park, et al., Behavioral treatment vs pharmacotherapy for insomnia – a comparative meta-analysis, *Am. J. Psychiatry* 159 (2002) 5–11.
- [19] NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, 2005.
- [20] J.D. Edinger, M.K. Olsen, K.M. Stechuchak, et al., Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial, *Sleep* 32 (2009) 499–510.
- [21] J. Savard, S. Simard, H. Ivers, C.M. Morin, A randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer: i – sleep and psychological effects, *J. Clin. Oncol.* 23 (2005) 6083–6096.
- [22] S.R. Currie, K.G. Wilson, A.J. Pontefract, L. deLaplante, Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain, *J. Consult. Clin. Psychol.* 68 (2000) 407–416.
- [23] J.D. Edinger, W.K. Wohlgemuth, A.D. Krystal, J.R. Rice, Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients – a randomized clinical trial, *Arch. Intern. Med.* 165 (2005) 2527–2535.
- [24] C.R. Jungquist, C. O'Brien, S. Matteson-Rusby, et al., The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain, *Sleep Med.* 11 (2010) 302–309.
- [25] K.L. Lichstein, N.M. Wilson, C.T. Johnson, Psychological treatment of secondary insomnia, *Psychol. Aging* 15 (2000) 232–240.
- [26] M. Perlis, M. Aloia, A. Millikan, et al., Behavioral treatment of insomnia: a clinical case series study, *J. Behav. Med.* 23 (2000) 149–161.
- [27] M.L. Perlis, M. Sharpe, M.T. Smith, et al., Behavioral treatment of insomnia: treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity, *J. Behav. Med.* 24 (2001) 281–296.

- [28] J. Edinger, C.E. Carney, *Overcoming Insomnia: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Therapist Guide*, Oxford University Press, New York, NY, 2008.
- [29] C.M. Morin, C.A. Espie, *Insomnia: A Clinician's Guide to Assessment and Treatment*, Springer, Philadelphia, PA, 2003.
- [30] M. Perlis, C. Jungquist, M.T. Smith, D. Posner, *The Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Treatment Manual*, Springer, New York, NY, 2005.
- [31] L. Seugnet, Y. Suzuki, M. Thimgan, et al., Identifying sleep regulatory genes using a *Drosophila* model of insomnia, *J. Neurosci.* 29 (2009) 7148–7157.
- [32] D.J. Buysse, S. Ancoli-Israel, J.D. Edinger, et al., Recommendations for a standard research assessment of insomnia, *Sleep* 29 (2006) 1155–1173.
- [33] A.G. Harvey, N.K.J. Tang, Cognitive behaviour therapy for insomnia: Can we rest yet? *Sleep. Med. Rev.* 7 (2003) 237–262.

درمان محدودسازی خواب

آرتور اسپیلمن

مطالعات علوم اعصاب شناختی، سیتی کالج نیویورک، نیویورک
مرکز طبی و پژوهشی اختلالات خواب، بیمارستان متدیست نیویورک، بروکلین، نیویورک
مرکز طب خواب، کالج پزشکی ویل کرنل، دانشگاه کرنل، نیویورک

چین-مینگ یانگ

دپارتمان روان‌شناسی / مرکز تحقیقات ذهن، مغز و یادگیری، دانشگاه ملی چنج چی، تایپه، تایوان

پاول بی. گلووینسکی

مرکز خواب سنت پتر، خیابان واشنگتن، آلبانی، نیویورک
مطالعات علوم اعصاب شناختی، سیتی کالج نیویورک، نیویورک

نام پروتکل

درمان محدودسازی خواب^۱ (SRT).

کاربرد عمده

درمان محدودسازی خواب برای درمان بی‌خوابی شامل اشکال خوابیدن در شروع، میانه، و یا پایان زمان سپری شده در رختخواب طراحی شده است.

کاربرد اختصاصی

درمان محدودسازی خواب برای دشواری‌های خواب مربوط به بازدهی خواب ذهنی^۲ (۱۰۰٪* زمان در رختخواب/زمان خواب)، که از طریق ثبت خواب یا گزارش گذشته‌نگر ۱ الی ۲ هفته اخیر به دست می‌آید، هنگامی که بازدهی خواب کمتر از ۸۵ درصد است (یا کمتر از ۸۰ درصد در افراد مسن‌تر) طراحی شده است.

1. Sleep Restriction Therapy
2. Subjective sleep efficiency