

دستنامهٔ بی‌خوابی

فهرست مطالب

- فصل ۱ ویژگی‌های بالینی بی‌خوابی ۱۱
- فصل ۲ دلایل بی‌خوابی ۲۳
- فصل ۳ ارزیابی بی‌خوابی بیمار ۴۵
- فصل ۴ درمان بی‌خوابی ۵۷
- فصل ۵ مدیریت بی‌خوابی در جمعیت‌های خاص ۸۵
- منابع ۹۴
- واژه نامهٔ انگلیسی به فارسی ۹۸

سخن مترجم

بی‌خوابی حدود ۵۰ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از این میان حدود ۱۰ درصد به بی‌خوابی مزمن دچار می‌شوند، از این رو در بین اختلالات خواب، بی‌خوابی شایع‌ترین است. خستگی، فقدان ابتکار عمل و مشکلات حافظه و تمرکز در طول روز حداقل تبعات بی‌خوابی‌اند [۱]. بی‌خوابی می‌تواند عامل خطری برای افسردگی، اضطراب، اختلال سوء‌مصرف مواد آتی، غیبت‌های مکرر از کار و افزایش مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های پزشکی باشد [۲]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محرومیت از خواب کاهش عملکرد سیستم ایمنی، کاهش عملکرد هیپوتالاموس، اختلال فشارخون، افزایش خطر حوادث قلبی-عروقی و کاهش سطح توانایی افراد و فعالیت‌های ذهنی آنان را به دنبال خواهد داشت، بعلاوه زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش روابط اجتماعی در افراد دچار محرومیت خواب نسبت به سایر افراد بیشتر است [۳، ۴].

کتابی که در دست دارید، توسط پنج تن از متخصصان مجرب در زمینه طب خواب تدوین شده و کوشیده است تا به شکلی جامع و درعین حال فشرده، بر اساس آخرین یافته‌های پژوهشی اطلاعاتی در مورد بی‌خوابی و درمان آن ارائه دهد. کتاب به واکاوی علل بی‌خوابی می‌پردازد، گزینه‌های درمانی در دسترس و همچنین درمان‌های نوظهور برای بی‌خوابی را بررسی می‌کند و راهنمایی بیمار-محور برای ارتقای بهداشت خواب و اتخاذ سبک زندگی سازگارانه مراجعان پیشنهاد می‌دهد. کتاب مختصر و مملو از جداول و نگاره‌های متنوع است و بنابراین برای بالینگران و کارآموزان پرمشغله منبعی مطلوب خواهد بود. دستنامه بی‌خوابی می‌تواند برای دانشجویان و متخصصان رشته‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی، مشاوره و همچنین علاقه‌مندان به مطالعه بی-خوابی، کتابی جذاب و مفید باشد.

گرچه مؤلفان کتاب به سیاق رایج در دستنامه‌ها با تأکید صرف بر نکات کلیدی، فرض را بر این گذاشته‌اند که خواننده از متخصصان یا دانشجویان است و اطلاعات پیش‌نیاز را دارا است، بخش‌هایی از کتاب می‌تواند برای افراد غیرمتخصص نیز سودمند باشد. در هر حال سعی شده هر جا لازم است برای روشن شدن برخی مفاهیم، در

پاورقی توضیحاتی مختصر ارائه شود. به امید اینکه کتاب حاضر برای بالینگران، اساتید، دانشجویان و علاقه‌مندان محترم، مفید و کارگشا واقع گردد.

میشم همدمی

منابع

1. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med* 2007; 3 (Suppl 5):S7-S10.
2. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol psychiatry* 1996; 39: 411-418.
3. Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A, et al. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med* 2003; 163: 205-209.
4. Learthart S. Health effects of internal rotation of shifts. *Nurs stand* 2000; 14: 34-36.

در مورد نویسندگان

دکتر ناتالی دوته‌ویچ استادیار روان‌شناسی بالینی سالمندان در دانشگاه آلاباما است. وی دکترای روان‌شناسی مشاوره را از دانشگاه فلوریدا اخذ کرده و در دانشگاه فلوریدای شمالی دوره فوق‌دکترای خود را گذرانیده است. در حوزه روان‌شناسی، تمرکز پژوهشی دکتر دوته‌ویچ بر روان‌شناسی سالمندان، مطالعه چگونگی چرخه فعالیت روزانه، فعالیت‌های روزمره، عادت‌ها و چرخه‌های زیستی مؤثر بر سلامت روانی و جسمانی در انسان است. به‌طور خاص، وی پیرامون نقش چرخه‌های رفتاری (فعالیت‌های روزانه) و چرخه‌های زیستی (خواب) در زندگی سالمندان مقالاتی منتشر کرده و فراهمی‌هایی ارائه داده است. پژوهش‌های او، همچنین نقش این چرخه‌ها بر پاسخ به فشار روانی را بررسی می‌کنند. وی برای گردآوری اطلاعات موردنیاز خود، شدت بر طرح‌های مطالعاتی طولی خرد^۱ متکی است.

دکتر فیلیپ گرمین استادیار روان‌شناسی گروه روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا و روان‌شناس مرکز پزشکی کهنه سربازان پنسیلوانیا است. وی از دانشگاه کالیفرنیا، در سن‌دیوگو در رشته روان‌شناسی بالینی فارغ‌التحصیل شده است. دکتر گرمین دوره کارورزی خود را در مرکز پزشکی کهنه سربازان دورهام و دوره فوق‌دکترای خود را در مرکز پزشکی خواب پنسیلوانیا گذرانیده است. او برنامه پژوهشی فعالی برای بررسی سازوکارها و درمان بی‌خوابی دارد. کار بالینی دکتر گرمین در زمینه طب رفتاری خواب است. وی برای درمان اختلالات خواب، مداخلات رفتاری - شناختی فراهم می‌آورد. دیگر فعالیت بالینی وی همکاری در برنامه بی‌خوابی اداره کل بهداشت سربازان بازنشسته ایالات متحده است.

پروفسور کینث لیخشتاین در سال ۱۹۷۶ دکترای خود را در رشته روان‌شناسی بالینی کودک از دانشگاه تینسی اخذ کرد، اما کمی بعدتر علاقه حرفه‌ای او متوجه افراد

1. microlongitudinal design

میان سال و مسن تر شد. او در حال حاضر استاد تمام روان‌شناسی دانشگاه آلاباما است. وی عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا^۱ و صاحب صلاحیت در طب رفتاری خواب است. پروفیسور لیخشتاین در اوایل دوره حرفه‌ای خود، حوزه‌های متفاوتی از طب رفتاری را تجربه کرد، حوزه‌هایی همچون روان‌فیزیولوژی بنیادی، آرمیدگی درمانی، اختلالات اضطرابی و سردردها. طی ۲۵ سال اخیر، پژوهش‌های وی بر خواب و به‌ویژه فرایندهای روان‌شناختی در بی‌خوابی اواخر عمر، بی‌خوابی هیپنوتیزم-وابسته، بی‌خوابی همایند و همه‌گیرشناسی خواب متمرکز شده‌اند. از سال ۱۹۸۸ پژوهش‌های انجام‌شده توسط پروفیسور لیخشتاین، به‌طور مداوم از سوی موسسه ملی کهن‌سالی، موسسه ملی سوء‌مصرف دارو، موسسه ملی سلامت روان، بنیادها و مؤسسات صنعتی مورد پشتیبانی قرار گرفته است. وی بیش از ۱۶۰ مقاله و فصل‌هایی از کتاب منتشر کرده و نویسندگی، مشارکت یا ویرایش در شش کتاب را نیز بر عهده داشته است. پروفیسور لیخشتاین در هیئت تحریریه تعدادی از نشریات، از جمله نشریه مشاوره و روان‌شناسی بالینی^۲ و نشریه خواب فعالیت کرده است. وی بنیان‌گذار و سردبیر نشریه طب رفتاری خواب^۳ است و پیش‌ازین عضو هیئت مدیره مؤسس جامعه طب رفتاری خواب^۴ بوده است.

دکتر کریستینا اس. مک‌کری دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت دانشگاه فلوریدا است. وی دارای پروانه کار به عنوان روان‌شناس بالینی و مورد تأیید انجمن طب خواب آمریکا^۵ در طب رفتاری خواب است. دکتر مک‌کری برای انجام پژوهش‌هایش پیرامون بی‌خوابی اواخر عمر و بی‌خوابی همایند با وضعیت‌های پزشکی (فیبرومیالژی، بیماری قلبی، سرطان زنان) از چندین موسسه سلامت ملی، کمک‌هزینه-های پژوهشی کسب کرده است. دکتر مک‌کری، همچنین مدیر بخش بی‌خوابی سرپایی و طب رفتاری خواب در مانگاه دانشگاه فلوریدا است. وی رئیس پیشین جامعه طب رفتاری خواب، عضو هیئت اجرایی انجمن طب خواب آمریکا، سردبیر مسئول نشریه

-
1. the American Psychological Association
 2. the Journal of Consulting and Clinical Psychology
 3. Behavioral Sleep Medicine
 4. the Society of Behavioral Sleep Medicine
 5. the American Board of Sleep Medicine

طب رفتاری خواب و رئیس سابق بخش بی‌خوابی آکادمی طب خواب آمریکا^۱ است.

دکتر دانیل جی. تیلر دانشیار روان‌شناسی برنامه‌روان‌شناسی سلامت بالینی دانشگاه تگزاس شمالی است، وی در این دانشگاه مدیریت بخش آموزشی طب رفتاری خواب را نیز بر عهده دارد. دکتر تیلر دارای پروانه کار به‌عنوان روان‌شناس و نیز مورد تأیید انجمن طب خواب آمریکا در طب خواب و طب رفتاری خواب است. دکتر تیلر در هیئت مدیره جامعه طب رفتاری خواب و جامعه پژوهشی خواب^۲ و همچنین چندین کمیته برای آکادمی طب خواب آمریکا فعالیت کرده است. وی از چندین موسسه سلامت ملی و نیز از وزارت دفاع ایالات متحده برای انجام پژوهش‌هایش پیرامون همه‌گیرشناسی و درمان بی‌خوابی همایند با اختلالات پزشکی و روان‌پزشکی کمک‌هزینه‌های پژوهشی دریافت کرده و در این حوزه‌ها مطالب زیادی منتشر کرده است.

1. the American Academy of Sleep Medicine
2. the Sleep Research Society

فصل ۱

ویژگی‌های بالینی بی‌خوابی

تعریف

بی‌خوابی^۱ به مشکلی در شروع یا حفظ خواب، حداقل برای سه شب در هفته و دست‌کم به مدت سه ماه اشاره دارد که با اختلال در عملکرد روزانه همراه است (جدول ۱-۱) [۱]. بالینگران و پژوهشگران همچنین انتظار دارند بیش از ۳۰ دقیقه تأخیر در شروع خواب یا بیداری پس از آغاز خواب، طی شبی با خوابی بی کیفیت بیابند، گرچه این بخشی از تشخیص رسمی نیست [۲]. بی‌خوابی مزمن و معنادار بالینی در ۱۰ درصد از جمعیت یافت می‌شود، بدین ترتیب این اختلال، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است [۳] اغلب، فشار یا اختلال روانی بی‌خوابی را تشدید می‌کند اما به‌طور معمول بی‌خوابی به مشکلی مستقل، خود-استوار^۲ و جدا از علت اصلی بدل می‌شود [۴،۵].

بی‌خوابی بار سنگینی است که می‌تواند به شیوه‌های متعددی تجلی یابد. در مقایسه با مبتلایان به دیگر اختلالات مشابه، افراد مبتلا به بی‌خوابی ناتوانی بیشتری در عملکرد و استفاده‌ای فزون‌تر از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را گزارش می‌کنند [۶] آنها بیشتر صدمات جسمانی را تجربه می‌کنند [۷] و بروز افسردگی و اضطراب در آنها بالاتر است [۸]. جنبه‌ای از اختلال بی‌خوابی که بیش از فقدان خواب ناراحت‌کننده است بیداری در طول شب است. برای بسیاری از افراد مبتلا، دلهره و تشویش پیرامون خواب در تمام طول مدت شبانه‌روز وجود دارد.

عوامل خطر

بی خوابی می تواند در هرکدام از طبقات جامعه رخ دهد، اما در زنان و افراد مسن شایع تر است [۳، ۱]. علاوه بر این، بیماران با سبک های شخصیتی متمایل به اضطراب و نگرانی، بیماران با استعداد انگیزتگی بیشتر و بیماران دچار بازداری هیجانی، ممکن است آسیب پذیرتر باشند [۱]. عوامل محیطی، همچون سروصدا، نور، محیط نامتعادل و ناخوشایند نیز می توانند در بروز بی خوابی نقش بازی کنند [۱]. همچنین وراثت - گرچه هنوز میزان نیرومندی نقش آن مشخص نیست - می تواند به عنوان عامل خطر عمل کند، چراکه آشکار شده است بی خوابی دارای مؤلفه خانوادگی است و در میان دوقلوهای همسان بیش از دوقلوهای ناهمسان مشاهده می شود [۱].

نشانه های بی خوابی متعارف	
نشانه	توصیف
هویت بی خوابی	بیمار معتقد است که اختلال خواب دارد. افراد با خواب بی کیفیت بدون شکایت (افزادی که میزان خواب کمتر از مدت مطلوب را می پذیرند) تشخیص بی خوابی دریافت نمی کنند.
دشواری در شروع یا حفظ خواب	بیمار گزارش می دهد که اغلب بیش از ۳۰ دقیقه طول می کشد تا به خواب رود یا در طول شب، بیداری هایی دارد که در مجموع بیش از ۳۰ دقیقه به طول می انجامند.
مربوط به عملکرد روزانه مختل	بیمار معتقد است که آفت عملکرد وی، مانند آشفتگی خلق، خستگی و نقص شناختی، نتیجه فرعی خواب بی کیفیت شبانه است. نگرانی پیرامون خواب در طول روز یا شب، ویژگی رایج بی خوابی است.

جدول ۱-۱: نشانه های بی خوابی متعارف. اقتباس شده از انجمن روان پزشکی آمریکا [۱] © انجمن روان پزشکی آمریکا.

تجلی بالینی و نشانه های بی خوابی

بیماران دچار بی خوابی اغلب موضوع خواب شان را با پزشک خود در میان نمی گذارند، مگر آنکه به طور خاص در این مورد، از آنها سؤال شود [۹]. افرادی که موضوع بی خوابی خود را مطرح می کنند، اغلب خواهند گفت که «فقط نمی توانند به خواب بروند». از جنبه های مهم تجلی بی خوابی که لازم است تا مورد ارزیابی قرار گیرد، بخشی از طول شب است که تحت تأثیر بی خوابی قرار می گیرد. بدین ترتیب دشواری در به خواب رفتن، بی خوابی آغاز خواب در نظر گرفته می شود؛ بیداری در اواسط

شب و دشواری در دوباره به خواب رفتن، بی‌خوابی حفظ حالت خواب در نظر گرفته می‌شود؛ و بیدار شدن اوایل صبح (زودتر از زمان موردنظر فرد) و ناتوانی در بازگشت دوباره به خواب، بی‌خوابی پایانی یا بیداری صبح زود در نظر گرفته می‌شود. این الگوهای متفاوت بی‌خوابی می‌توانند در تشخیص افتراقی بی‌خوابی مفید واقع شوند (آنها در بخش بعدی مورد بحث قرار گرفته‌اند). با این حال، در بیشتر موارد، بیماران گزارش می‌دهند که بی‌خوابی آنها بیش از یک بخش شب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین با گذشت زمان الگوی بی‌خوابی فرد می‌تواند تغییر کند [۱۰]. افرادی هم هستند که در به خواب رفتن یا خواب ماندن در طول شب مشکل دارند، اما حس نمی‌کنند مشکل‌شان طی روز تأثیری بر آنها داشته باشد و بدین ترتیب در گفت‌وگو با پزشک‌شان به الگوی خواب خود اشاره‌ای نمی‌کنند. افرادی که در جستجوی درمان برمی‌آیند، به‌طور معمول تحت تأثیر پیامدهای منفی ناشی از بی‌خوابی قرار دارند، پیامدهایی شامل دشواری‌های شناختی نظیر مشکل حافظه، مشکل در تمرکز یا مشکلاتی در تصمیم‌گیری. از دیگر شکایت‌های روزانه عبارت‌اند از: تحریک‌پذیری، انرژی کم و خلق پایین.

طبقه‌بندی

ارزیابی جامع خواب نخستین بار توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۲ مطرح شد [۱۲] و مدت کوتاهی پس از آن از سوی انجمن اختلالات خواب آمریکا^۳ در اولین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب (ICSD)^۴ دنبال شد [۱۳]. نسخه پنجم DSM (DSM-5) و نسخه سوم ICSD (ICSD-3) که جدیدترین تجدیدنظر از هر کدام این کتاب‌های راهنما هستند، با یکدیگر منطبق و هماهنگ شده‌اند و طبقه‌بندی یکنواخت‌تری را نسبت به گذشته منعکس می‌کنند [۱۴، ۱]. پیش از این، تفاوت میان دو نظام طبقه‌بندی، هم در حوزه بالینی و هم در حوزه پژوهشی سردرگمی‌های تشخیصی ایجاد کرده بود، اما اکنون معیارهای ICSD-3 و DSM-5 با دقت بیشتری برهم منطبق‌اند.

1. the American Psychiatric Association
 2. the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
 3. the American Sleep Disorders Association
 4. the International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

در DSM-5، بی خوابی معنادار بالینی، اختلال بی خوابی نام دارد، معیارهای تشخیصی این اختلال در جدول ۲-۱ ارائه شده‌اند. این معیارها مستلزم شکایت از خواب بی کیفیت و نیز نقص در فعالیت‌های روزانه به علت مشکل در خواب‌اند. همچنین معیارهای کنونی بهتر از ویرایش‌های پیشین، کودکان را در کنار بزرگسالان مستقل جای داده‌اند؛ بنابراین، خواب بی کیفیت بدون عملکرد مختل همراه، واجد شرایط تشخیص اختلال بی خوابی نیست. این وضعیت می‌تواند تنها «خواب بی کیفیت» در بیماران دچار نشانه‌های بی خوابی نامیده شود. اختصاص دادن برچسب تشخیصی رسمی برای آن دسته از افرادی که نشانه‌های کامل بی خوابی را نشان می‌دهند با رهنمودهای ارزیابی بی خوابی سازگار است [۱۵]. آشفتگی خواب باید به‌طور متوسط حداقل سه بار در هفته و به مدت دست‌کم ۳ ماه رخ دهد [۱۴]. این معیارها افرادی را که به علت فرصت ناکافی و عواملی نظیر تعهدات شغلی یا سبک زندگی درهم‌گسیخته خواب بی‌کیفیتی دارند، در محدوده تشخیص بی خوابی نمی‌پذیرند.

معیارهای بی خوابی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی	
معیار	مشخصات
الف. ناراضی‌ت از کمیت یا کیفیت خواب	شکایت توسط فرد (در مورد کودکان و سالمندان شکایت توسط مراقب فرد یا عضوی از خانواده وی مطرح می‌شود)
ب. نشانه‌های خاص	۱. مشکل شروع خواب؛ یا ۲. مشکل در حفظ خواب؛ یا ۳. بیداری صبح زود ۴. در کودکان مقاومت یا تقلا در برابر رفتن به بستر
پ. احساس پریشانی یا تخریب عملکرد	۱. خستگی یا انرژی کم ۲. نقص شناختی (مانند نقص در توجه، تمرکز یا حافظه) ۳. آشفتگی خلق (مانند تحریک‌پذیری، ملال) ۴. عملکرد حرفه‌ای یا تحصیلی مختل ۵. عملکرد بین‌فردی / اجتماعی مختل ۶. مشکلات رفتاری (مانند بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری) ۷. تأثیر منفی بر عملکرد مراقب یا خانواده (مانند خستگی، خواب‌آلودگی)
ت. فراوانی	حداقل ۳ شب در هفته
ث. مدت	حداقل ۳ ماه
ج. فرصت	داشتن فرصت کافی برای خواب

جدول ۲-۱: معیارهای بی خوابی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. اقتباس با کسب اجازه از انجمن روان پزشکی آمریکا [۱] © انجمن روان پزشکی آمریکا.

نسخه سوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب (ICSD-3) اصطلاح اختلال بی‌خوابی مزمن را به کار می‌برد (جدول ۳-۱). همانند DSM-5، معیارهای ICSD-3 نیز نیازمند شکایت از خواب بی‌کیفیت و نقص فعالیت‌های روزانه متأثر از مشکل خواب است، این طبقه‌بندی همچنین کودکان را در کنار بزرگسالان مستقل جای داده است. ICSD-3، الگوی فراوانی، مدت و فرصت در DSM-5 را پذیرفته است. برای مواردی که بی‌خوابی علامت ثانویه اختلال خواب دیگری است، ICSD-3 یک توصیف‌کننده اضافه کرده است. به‌عنوان مثال، اگر مشخص شود که نشانه‌های بی‌خوابی نمایانگر اختلالی مستقل نیستند بلکه نشانه ثانویه آبنه انسدادی خواب یا حمله خواب اند، تشخیص اختلال بی‌خوابی مزمن رد خواهد شد.

معیارهای بی‌خوابی بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب	
معیار	مشخصات
الف. گزارش بیمار، والدین یا مراقب	۱. مشکل شروع خواب؛ یا ۲. مشکل در حفظ خواب؛ یا ۳. بیداری صبح زود ۴. در کودکان مقاومت یا تقلا در برابر رفتن به بستر
ب. احساس پریشانی یا تخریب عملکرد	۱. خستگی / کسالت ۲. نقص در توجه، تمرکز یا حافظه ۳. عملکرد اجتماعی، خانوادگی، شغلی یا تحصیلی مختل ۴. آشفتگی خلق / تحریک‌پذیری ۵. خواب‌آلودگی روزانه ۶. مشکلات رفتاری (مانند بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری) ۷. کاهش انگیزه / انرژی / ابتکار عمل ۸. افزایش احتمال خطا / یا روی دادن سوانح ۹. نگرانی پیرامون خواب یا نارضایتی نسبت به آن
پ. فراوانی	حداقل ۳ شب در هفته
ت. مدت	حداقل ۳ ماه
ث. فرصت	داشتن فرصت کافی برای خواب
ج. اختلال خواب دیگر	شکایت از بی‌خوابی را نمی‌توان به شکل بهتری با اختلال خواب اولیه دیگری توضیح داد

جدول ۳-۱: معیارهای بی‌خوابی بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب. اقتباس با کسب اجازه از آکادمی طب خواب آمریکا [۱۴] © آکادمی طب خواب آمریکا.

نشانه‌های بی‌خوابی در بُعد عملکرد مختل، در DSM-5 و ICSID-3 اشتراکات بسیاری باهم دارند. نمونه‌هایی از نشانه‌های مشترک در هر دو فهرست عبارت‌اند از: خستگی، ضعف حافظه، آشفتگی خلق، عملکرد اجتماعی یا شغلی مختل و بیش‌فعالی، باین وجود بین این دو طبقه‌بندی تشخیصی، تفاوت معنادار ناچیزی نیز وجود دارد. برخلاف ICSID-3، در DSM-5 تأثیر منفی بر عملکرد مراقب یا خانواده به عنوان یکی از نشانه‌های بی‌خوابی لحاظ شده است. این معیار اغلب زمانی به کار می‌رود که فرد مبتلا به بی‌خوابی، کودک یا بزرگ‌سالی وابسته باشد، همچنین اگر بی‌خوابی در یک فرد بزرگ‌سال مستقل شدید باشد، چنین معیاری می‌تواند مطرح شود. این معیار نشان‌دهنده تأثیر بی‌خوابی بر دیگر اعضای خانه و سنجشی از شدت اختلال است. از طرف دیگر، ICSID-3 سه نشانه از عملکرد مختل فهرست می‌کند که در DSM-5 ظاهر نمی‌شوند: خواب‌آلودگی روزانه، افزایش احتمال خطا و روی دادن سوانح و نگرانی پیرامون خواب یا نارضایتی نسبت به آن. گمان می‌رود نشانه خواب‌آلودگی روزانه شکایتی ذهنی باشد، چنانکه مطالعات متعدد نشان داده‌اند خواب‌آلودگی روزانه عینی نمایانگر بی‌خوابی نیست [۱۷، ۱۶]. در واقع اگر همراه با بی‌خوابی، خواب‌آلودگی عینی (مانند خواب غیر برنامه‌ریزی شده حین تماشای تلویزیون یا مطالعه) وجود داشته باشد، می‌تواند دلالت بر حضور اختلال خوابی دیگر همچون آپنه انسدادی خواب باشد. در ICSID-3 همچنین به افزایش احتمال خطا و روی دادن سوانح اشاره می‌شود، نشانه‌ای که توسط مطالعات متعدد پشتیبانی شده است. به‌عنوان مثال، القای بی‌خوابی با استفاده از هیپنوتیزم در اعضای آسایشگاه سالمندان افزایش ۵۰ درصدی به زمین افتادن را پیش‌بینی می‌کند [۱۸]، همچنین وجود بی‌خوابی در جمعیت عمومی با افزایش دو برابری صدمات جسمانی همراه است [۷]. نشانه سوم - نگرانی (افکار مزاحم ناخواسته) در مورد خواب - یکی از نشانه‌های اصلی بی‌خوابی است [۱۹]. نگرانی در مورد خواب نه تنها در زمان خواب اتفاق می‌افتد و هوشیاری را افزایش می‌دهد بلکه در بسیاری از افراد طی روز هم روی می‌دهد و اضطراب انتظاری ایجاد می‌کند.

۱. اضطراب انتظاری (anticipatory anxiety) وضعیتی است که طی آن سطح اضطراب فرد با تصور رویداد یا موقعیتی در آینده افزایش می‌یابد - م.

نگرانی‌های معمول در مورد خواب عبارت‌اند از: پیش‌بینی دشواری در به خواب رفتن و تجسم عواقب بی‌خوابی [۲۰].

DSM-5 اجازه می‌دهد تا تشخیص بی‌خوابی مزمن با تصریح‌گرهایی ۱ که اطلاعاتی در ارتباط با خصیصه‌های شدت، سیر، مدت و همایندی اختلال اضافه می‌کنند، تکمیل شود. ICS-3 تشخیص اختلال بی‌خوابی مزمن فرعی را در بردارد که برای افرادی با اختلال معنادار بالینی به کاربرده می‌شود که با فراوانی کمتری نسبت به بی‌خوابی مزمن دچار مشکل بی‌خوابی‌اند یا در بازه زمانی کوتاه‌تری معیارهای اختلال بی‌خوابی مزمن را داشته‌اند.

تغییرات در معیارهای تشخیصی

مشخصات بی‌خوابی در نسخه قبلی DSM (DSM-IV-TR) که در نسخه سال ۲۰۱۳ حذف شده‌اند، عبارت‌اند از:

- تشخیص بی‌خوابی مربوط به اختلال روانی دیگر
- اختلال خواب به سبب یک وضعیت پزشکی عمومی
- اختلال خواب ناشی از مواد (نظیر «بی‌خوابی‌های ثانویه»)

DSM-5، معیارهای فراوانی، مدت زمان و فرصت را برای تشخیص اختلال خواب اضافه کرده است [۱]. بعلاوه، نسخه قبلی ICS-2 (ICS-2)، یازده تشخیص مجزا از بی‌خوابی تعیین کرده است، از جمله: بی‌خوابی انطباقی، ۲ بی‌خوابی متناقض، ۳ و بهداشت نامناسب خواب، ۴. با این حال، پایایی ناچیز در تشخیص افتراقی موجب شد تا

1. specifiers

۲. بی‌خوابی انطباقی (adjustment insomnia)، یا بی‌خوابی حاد (acute insomnia)، نوعی بی‌خوابی کوتاه‌مدت است که به‌طور معمول از چند روز تا حداکثر چند ماه به طول می‌انجامد و اغلب ناشی از فشار روانی، اضطراب یا شکلی از افسردگی یا نگرانی است -م.

۳. افراد دچار بی‌خوابی متناقض (paradoxical insomnia) اغلب گزارش می‌دهند که در طول شب ساعت‌ها بیدار بوده‌اند گرچه به‌راستی این‌گونه نبوده است. این افراد مدت‌زمانی که طول می‌کشد تا به خواب روند را بیش‌ازحد برآورد می‌کنند و مجموع زمانی که در خواب بوده‌اند را دست‌کم می‌گیرند -م.

۴. بهداشت نامناسب خواب (inadequate sleep hygiene) نوعی اختلال خواب است که به‌طور عمده به دلیل عادات بد

یک طبقه تشخیصی به تنهایی جایگزین تمامی این تشخیص‌ها شود: اختلال بی خوابی مزمن. ICS-3 معیار خواب غیر نیروبخش را حذف کرده و معیارهای فراوانی و مدت‌زمان را افزوده است.

پیش‌آگهی

بی خوابی حاد در طول دوره‌های پرفشار زندگی یا دوره‌های همراه با وقفه در سلامتی یا در زمان برهم ریختن روال زندگی روزمره، تجربه‌ای معمول است. برای بسیاری از افراد، همین‌که شرایط زندگی به روال عادی بازگردد - پس از رفع فشار روانی یا بازگشت سلامتی - الگوی خواب نیز طبیعی خواهد شد. برای برخی دیگر، بی خوابی دوام می‌یابد و مزمن می‌شود، حتی اگر موقعیت‌هایی که آن را تسریع کرده‌اند، دیگر وجود نداشته باشند. این افراد نماینده ۱۰ درصد از جمعیت ایالات متحده‌اند که از بی خوابی مزمن رنج می‌برند [۳]. بیست و پنج مطالعه طولی انجام شده در سطح همه‌گیرشناختی نشان می‌دهند، بی خوابی مزمن، به‌طور متوسط در حدود ۴۵ درصد موارد بهبود می‌یابد [۱۰، ۲۱-۴۲]. البته از چند جهت این داده‌ها را بایستی با احتیاط در نظر گرفت. نخست اینکه، این مطالعات به‌جای تعیین اینکه آیا بی خوابی از لحاظ بالینی معنادار است یا خیر، تنها نشانه‌های بی خوابی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. این رویکرد می‌تواند موجب شود تا تعداد افرادی که فقط دچار نشانه‌های ملایم بی خوابی هستند نیز به حساب آورده شوند. روزنتال و همکارانش در مطالعه‌ای به پیگیری بیماران مراجعه‌کننده به یک درمانگاه خواب پرداختند و میزان بهبودی در این بیماران را بسیار پایین‌تر یافتند [۳۱]. دوم اینکه، چون در این مطالعات درمان یا عدم درمان بی خوابی پیگیری نشد، معلوم نیست که آیا بخشی از این بهبودی به علت دریافت درمان رخ داده است یا خیر؛ بنابراین، این حوزه نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتری است لیکن در حال حاضر تصور می‌شود که اگرچه بی خوابی می‌تواند با گذشت زمان در برخی افراد بهبود یابد، اکثریت مبتلایان از درمان هدفمند سود خواهند برد.



منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. Quantitative criteria for insomnia. Behavior Res Ther. 2003; 41:427-445.
3. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. 2002; 6:97-111.
4. Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, et al. Risk factors for incident chronic insomnia: a general population prospective study. Sleep Med. 2012; 13:346-353.
5. Lichstein K, McCrae C, Wilson N. Secondary insomnia: diagnostic issues, cognitive-behavioral treatment, and future directions. In: Perlis M, Lichstein K, eds. Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2003:286-304.
6. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. Am J Psychiatry. 1997; 154:1417-1423.
7. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, et al. Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America Insomnia Survey. Sleep. 2012; 35:825.
8. Bolge SC, Joish VN, Balkrishnan R, Kannan H, Drake CL. Burden of chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among anxiety and depression sufferers: results of a national survey. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010; 12.
9. Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. Insomnia in primary care patients. Sleep. 1999; 22 (suppl 2):S359-365.
10. Buysse DJ, Angst J, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. Sleep. 2008; 31:473-480.
11. Benca RM. Consequences of insomnia and its therapies. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (suppl 10):33-38.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSMIII- R. 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.