

درمان مشکلات خواب

رویکرد فراتشخیصی

مؤلف

آلیسون جی. هاروی

دنیل جی. بایسی

ترجمه

دکتر فهیمه احمدیان ورگهان

دکتر هدی دوس علی‌وند

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویراستار علمی

دکتر هدی دوس علی‌وند

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویراستار ادبی

حسین سوری

با مقدمه

دکتر بنفشه غرایبی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران



فهرست

تقدیر و تشکر.....	۷
مقدمه.....	۹
پیشگفتار.....	۱۱
فصل ۱: تقویت خواب سالم.....	۱۷
فصل ۲: ارزیابی خواب.....	۴۷
فصل ۳: ماژول‌های مقطعی TranS-C.....	۷۶
فصل ۴: ماژول‌های اصلی TranS-C.....	۱۰۸
فصل ۵: ماژول‌های اختیاری TranS-C.....	۱۴۰
سخن آخر: نتیجه‌گیری و رهنمودهای بعدی.....	۱۷۷
پیوست‌ها.....	۱۸۱
پیوست ۱: منابع پیشنهادی.....	۱۸۳
پیوست ۲: ویدیوهایی برای وارد کردن مفاهیم خواب در زندگی.....	۱۸۵
پیوست ۳: فرم مفهوم‌پردازی موردی شخصی‌سازی شده.....	۱۸۷
پیوست ۴: درک خواب و سودمندی آن برای ما: بزرگسالان.....	۱۸۸
پیوست ۵: درک خواب و سودمندی آن برای ما: جوانان.....	۱۹۳
پیوست ۶: فرم راهنمای اهداف اجرایی و تضادسازی ذهنی.....	۱۹۷
پیوست ۷: اهداف خواب من.....	۱۹۹
پیوست ۸: آرامش‌یابی در شب.....	۲۰۱
پیوست ۹: آرامش‌یابی من.....	۲۰۵
پیوست ۱۰: درک ما از خواب.....	۲۰۶
پیوست ۱۱: تله‌های فکری.....	۲۰۸
پیوست ۱۲: برای والدین و سایر مراقبان: نقش شما در تجربه هدایت‌گری خواب فرزندتان.....	۲۱۰
پیوست ۱۳: دفتر یادداشت خواب من.....	۲۱۳

پیوست ۱۴: شکار افکار خودآیند منفی.....	۲۱۹
پیوست ۱۵: ارزیابی افکار خودآیند منفی.....	۲۲۰
منابع.....	۲۲۲
درباره نویسندگان.....	۲۳۱

تقدیر و تشکر

ما از همسران خود، هنری هیسلمیر و ساندرا بایسی، به خاطر حمایت و تشویق مداوم‌شان حتی در زمانی که هر دوی ما هر هفته ساعت‌های زیادی را علاوه بر «ساعات اداری» معمول خود به پژوهش درباره «خواب» اختصاص دادیم، بسیار سپاسگزاریم.

از کسانی که در مطالعه‌های پژوهشی ما شرکت کرده و برای درمان در کلینیک‌های ما حضور پیدا کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم. پژوهش و مراقبت بالینی، شریک هم هستند. هم‌چنان که رویکردهای درمانی را برای دستیابی به گسترده‌ترین طیف ممکن از افراد دچار مشکلات خواب و ریتم شبانه‌روزی تعدیل کرده و توسعه می‌دهیم، قدردان همراهان خود (چه بیمار و چه شرکت‌کننده در پژوهش) برای آموزش و راهنمایی خود هستیم.

ما مدیون حمایت موسسه‌های ملی سلامت¹ (NIH) هستیم چرا که حمایت آنها برای پایه‌ریزی بدنه کاری‌ای که منجر به این کتاب شد، ضروری بود (شماره گرنه، HD071065، MH079188، MH082034، AG20677، AG047139، MH102412، HL125103، MH078961). دقت و کیفیت فرایند بازبینی هم‌تا در NIH تأثیری اساسی در جهتی که این کار اتخاذ کرده داشته است.

بسیاری از متخصصان و پژوهشگران با استعداد، دقیق و الهام‌بخش، از جمله دیوید ام. کلارک، دیوید جی. کوفر، کریستوفر جی. فیربرن، آلن فرانک، جوئل شریل، ایو فاین، کری کلستاد-توماس، ملیسا جی. ری، گریگوری ن. کلارک، چارلز ام. مورین، رونالد ای. دال، چارلز اف. رینولدز، دانا آل. مک مکین، کری هین، ریتا اسمیت، مونیک تامپسون، کیت کاپلان، دیدر آبرونز، هانا مارک، مایک دولسن، نیکی گمپورت، کیتلین اگلستون، لولو دونگ، لوری برآر، مارک جونز، استیون پی. هینشاو، امیلی جی اوزر، دانیل فریمن، جویرین بوکوسکی و دونا ای رینالدو، هر یک بیش از ۲۰ سال روی این رویکرد تأثیر گذاشته‌اند. ما از تک تک آنها برای جلسات بحث و گفتگو و نظارت بالینی سپاسگزاریم چرا که ما را ترغیب کرده است تا با در نظر گرفتن سخت‌گیری علمی و در عین حال حفظ دلسوزی و خلاقیت بر روی موضوعات مهم تمرکز کنیم. درنهایت، ما از جیم ناگوت، سردبیر ارشد، باربارا واتکینز، ویراستار ساختاری، جین کیسلار، دستیار ارشد ویراستار، و جانی تانگ، ویراستار ارشد تولید و انتشارات گیلفورد سپاسگزاریم. از بازخورد، راهنمایی و کمک آنها در طول فرایند تدوین این کتاب بسیار متشکریم.

1. National Institutes of Health

مقدمه

متخصصین حوزه‌های بهداشت روان معمولاً در ارزیابی‌های روان‌شناختی از مراجعان خود با شکایت‌های زیادی در حوزه مشکلات خواب (چه به صورت یک علامت و چه به صورت یک اختلال مجزا) مواجه هستند. نکته قابل تأمل این است که در فهرست مشکلاتی که در جلسات اولیه درمان‌های شناختی رفتاری تهیه می‌شود، معمولاً مشکلات مرتبط با خواب از جمله بی‌خوابی، پرخوابی، مشکلات ریتم شبانه‌روزی و غیره از اولویت بالایی برخوردار است و مراجعان در خواست دارند که در ابتدا به این مشکلات پرداخته شود. از سوی دیگر، متأسفانه به دلیل پیامدهای فراوان مشکلات خواب از جمله خواب‌آلودگی، خستگی مفرط، کاهش تمرکز و غیره در طول روز گرایش به سمت مصرف خودسرانه و بیش از حد داروهای خواب‌آور که با عوارض زیادی همراه است رو به افزایش است. به همین دلیل ارائه روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد برای طیف مشکلات خواب یکی از ضرورت‌های اصلی است؛ به‌ویژه اینکه مراجعان بعد از بهبود مشکلات خواب گزارش‌هایی از ارتقا سطح کلی سلامت روان و کیفیت زندگی خود را نیز می‌دهند. با توجه به پیشینه پژوهشی این حوزه، به نظر می‌رسد که به دلیل چندوجهی بودن عوامل تاثیرگذار در به وجود آمدن مشکلات خواب، یک درمان مناسب باید تا حد ممکن وجوه بیشتری از این عوامل را پوشش دهد. کتاب حاضر روش درمانی TranS-C را که با بهره‌گیری از حوزه‌های مختلف و توجه ویژه به عوامل فراتشخیصی طراحی شده است معرفی می‌کند. ترجمه مناسب و دقیق این کتاب به همت خانم دکتر هدی دوس‌علی‌وند و فهیمه احمدیان‌ورگهان انجام شده است و مطالعه آن را به همه متخصصان حوزه بهداشت روان پیشنهاد می‌کنم.

دکتر بنفشه غرابی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

پیشگفتار

ما هر دو دوران حرفه‌ای خود را با علاقه‌اولیه بالینی و تحقیقاتی به بی‌خوابی سپری کرده‌ایم. با این حال، همان‌طور که به دنبال درمان طیف وسیعی از نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به مشکلات خواب بودیم، متوجه شدیم در بسیاری از موارد، بی‌خوابی تنها مشکل خواب نبود که افراد تجربه می‌کردند. علاوه بر این، هنگامی که پیشینه پژوهشی را بررسی کرده و پژوهش‌های خود را اجرا کردیم، پیچیدگی مشکلات خواب نیز به وضوح پدیدار شد. برای مثال، بی‌خوابی اغلب اوقات با جنبه‌هایی از اختلالات ریتم شبانه‌روزی از قبیل تأخیر در فاز خواب و برنامه‌های خواب-بیداری نامنظم همپوشی دارد. همچنین، متوجه شدیم که بیشتر مطالعات در حوزه خواب بر اختلالات متمرکز هستند، یعنی به درمان یک مشکل اختصاصی خواب به‌ویژه بی‌خوابی گرایش دارند. علاوه بر این، پژوهش‌های اختلال-محور موجود، رهنمودهای بالینی اندکی درباره نحوه درمان مراجعان پیچیده‌تر فراهم کرده است. این مشاهده اساسی، یکی از عواملی بود که ما را برانگیخت تا مداخله فراتشخیصی خواب و چرخه شبانه‌روزی¹ (TranS-C) را طراحی کنیم.

عامل انگیزه‌دهنده دیگر، پیشینه فزاینده درباره پیرشانی‌های خواب به‌عنوان عوامل خطری برای پیامدهای سلامتی ناخوشایند بود. اکنون، به‌خوبی اثبات شده است که طول مدت خواب کوتاه و طولانی، هر دو، با چنین خطرهایی مرتبط است ولی شواهد پژوهشی جدیدتر نشان داده است زمان‌بندی خواب، چرت زدن یا خواب‌آلودگی روزانه، کیفیت خواب، کارایی خواب و نظم خواب نیز خطرهای خاص خودشان را دارند. هرچند ممکن است در نظر گرفتن این ابعاد مختلف به‌طور مجزا در راستای اهداف علمی، منطقی باشد، اما واقعیت این است که این ابعاد در افرادی که در دنیای واقعی زندگی می‌کنند، به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهند. بنابراین، از یک دیدگاه علمی و همچنین بالینی، زمان آن رسیده است با خواب به‌عنوان پدیده چندبعدی پیچیده‌ای که در واقعیت نیز چنین است، دست و پنجه نرم کرد.

همکاری رسمی ما در سال ۲۰۰۸ شروع شد یعنی زمانی که درخواست کمک مالی تحت عنوان «آزمایش مقدماتی دیدگاه فراتشخیصی چندبعدی» را برای افرادی که معیارهای تشخیصی اختلال دوقطبی و همچنین بی‌خوابی را برآورده می‌کردند، به مؤسسه ملی بهداشت روان ارائه کردیم. در این

1. Transdiagnostic Sleep and Circadian Intervention (TranS-C)

مطالعه، تصمیم گرفتیم بسیاری از شرکت‌کنندگانی را که مبتلا به بی‌خوابی و ویژگی‌های بالینی پرخوابی، تأخیر در فاز خواب و سایر مشکلات خواب همبودی از این دست بودند را از مطالعه خارج نکنیم. اختلال دوقطبی را به سه دلیل برای این مطالعه اولیه انتخاب کردیم. نخست اینکه، پریشانی‌های خواب و چرخه شبانه‌روزی، جنبه‌های برجسته‌ای از اختلال دوقطبی هستند. دوم اینکه، شواهد تجربی نشان می‌دهد که پریشانی خواب و چرخه شبانه‌روزی ممکن است یکی از مسیرهای سببی باشد که باعث عود اختلال دوقطبی می‌شود. سوم اینکه، پریشانی خواب و چرخه شبانه‌روزی در اختلال دوقطبی پیچیده بوده و اغلب اوقات شامل جنبه‌هایی از بی‌خوابی، تأخیر در فاز خواب، پرخوابی و برنامه‌های خواب-بیداری نامنظم است. بنابراین، به نظر می‌رسد رویکردی که این طیف وسیع مشکلات خواب را درمان کند، ضروری است. ما برای دریافت راهنمایی درباره نحوه هدف قرار دادن این جنبه‌های پیچیده خواب در اختلال دوقطبی پیشینه علمی را جستجو کردیم. همسو با روش تدوین درمان که توسط اونکن، کارول، شوهام، کاتبرت و ریدل (۲۰۱۴) پیشنهاد شده است، متوجه شدیم که ممکن است بتوانیم چندین جنبه مهم از این مشکلات خواب تجربه شده در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را هدف قرار دهیم، بدین شکل که درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی (CBT-I) را با عناصری از درمان‌های مبتنی بر شواهد موجود: درمان ریتم اجتماعی و بین فردی^۱ (IPSRT؛ فرانک، ۲۰۰۵؛ فرانک و همکاران، ۲۰۰۵)، درمان مبتنی بر زمان^۲ (تنظیم فعالیت‌های روزانه) (ورز-جاستیس، بندتی و ترمن، ۲۰۰۹) و مصاحبه انگیزشی^۳ (MI؛ میلر ورونیک، ۲۰۱۳) تکمیل کنیم. این درمان‌های مبتنی بر شواهد زمینه را برای رویکرد جدیدی که مبنای TranS-C را شکل داد، فراهم کردند. آزمایش مقدماتی ما در زمینه این مداخله جدید، به بهبود پیامدهای مربوط به خواب و خلق و خو در افراد دارای تشخیص اختلال دوقطبی انجامید.

همچنین در طی چند سال گذشته، در حال گسترش دیدگاه نظری جدیدی درباره خواب بوده‌ایم که تجربه‌های بالینی ما را کامل کرده و تدوین TranS-C را تحت تأثیر قرار داده است. چارچوب «سلامت خواب» (بایسی، ۲۰۱۴) با به رسمیت شناختن این موضوع که خواب گذرگاه مهمی به سوی سلامت کلی است، شروع می‌شود. با این حال، بهره بردن از خواب برای به حداکثر رساندن سلامت شامل چیزی بیش از شناسایی و درمان اختلالات خواب و چرخه شبانه‌روزی یا دیدگاه سنتی پزشکی خواب، است. چارچوب سلامت خواب دیدگاه تقویت سلامت خواب را اتخاذ می‌کند که در آن، تلاش بر این است تا هر مراجعی واقعاً تبدیل به یک «فرد خوش‌خواب»^۴ شود. چارچوب سلامت

1. cognitive-behavioral therapy for insomnia
2. interpersonal and social rhythm therapy
3. chronotherapy
4. motivational interviewing
5. good sleepers

خواب بر شش بعد خواب متمرکز است: **نظم** (*Regularity*)، اشاره به خوابیدن در محدوده زمانی مشابه در هر شب و بیدار شدن در محدوده زمانی مشابه در هر صبح دارد؛ **رضایت از خواب یا کیفیت خواب** (*Satisfaction*)، به ارزیابی ذهنی بیمار از خواب به عنوان «مطلوب» یا «نامطلوب» اشاره دارد؛ **هوشیاری** (*Alertness*) در طی ساعات بیداری (یا خواب آلودگی روزانه)، به توانایی بیمار برای تداوم بیداری متمرکز در طی ساعات روز توجه دارد؛ **زمان بندی** (*Timing*) به [چگونگی] جای گیری خواب بیمار در ۲۴ ساعت شبانه روز اشاره دارد؛ **کارایی خواب** (*Efficiency*)، به توانایی خوابیدن در بخش عمده ای از زمان بودن در رختخواب اشاره دارد که با سهولت به خواب رفتن در ابتدای شب و سهولت دوباره به خواب رفتن پس از بیداری در طی شب مشخص می شود؛ و **طول مدت خواب** (*Duration*) که به کل مدت خواب به دست آمده در هر ۲۴ ساعت اشاره دارد. به سرواژه RU SATED در اینجا توجه کنید! هدف TranS-C این است که خواب بهینه را در هر یک از این شش بعد، تقویت کند.

عامل انگیزه دهنده و مهم دیگر برای هر دوی ما شناسایی یک مشکل اساسی در حوزه سلامت روان بوده است. در بیشتر کشورها، متخصصان سلامت روان در مناطق شهری بسیار پرجمعیت و تا اندازه ای مرفه متمرکز شده اند. با این حال، میلیون ها نفر از افراد دارای اختلال روانی در نواحی جغرافیایی متفاوتی پراکنده بوده و در مناطق کم درآمد و روستایی زندگی می کنند. متأسفانه، کمبود نیروهای متخصص محلی یک مشکل بین المللی است (کازدین و بلاز، ۲۰۱۱؛ کازدین و ریت، ۲۰۱۳). بنابراین، گروهی از افراد را که احتمالاً از درمان خواب بهره مند خواهند شد و [در عین حال] تعداد آنها زیاد است در نظر داشته باشید (در فصل ۱ به آن می پردازیم). این موضوع را نیز در نظر بگیرید از بین متخصصان سلامت روان در دسترس، فقط تعداد معدودی از آنها سوابق لازم برای درمان مشکلات خواب به شکلی اطمینان بخش را دارند (در یک نظرسنجی اخیر از برنامه های روانشناسی بالینی، فقط ۶٪ متخصصان دوره ای را برای مشکلات خواب دیده و تنها ۳۱٪ آموزش در زمینه درمان خواب را ذکر کردند [ملترز، فیلیپس، و میندل، ۲۰۱۹]). شیوع بالای مشکلات خواب، همراه با کمبود کارکنان درمانی، نیاز فوری به نوآوری مداوم در راستای بهبود قابلیت انتقال و سودمندی درمان های فعلی برای کارکنان خط مقدم را نشان می دهد. بنابراین، یک درمان متمرکز بر خواب که برای انواع مشکلات خواب همبود با انواع اختلالات روانی کاربرد داشته باشد و بتواند توسط بسیاری از متخصصان سلامت روان با اطمینان خاطر استفاده شود، عامل انگیزه دهنده دیگری برای TranS-C فراهم می کند. علاوه بر این، درمانی مانند TranS-C نسبت به درمان های اختلال-محور همچون درمان شناختی-رفتاری تأخیر در فاز خواب در افسردگی^۱ (CBT-DP-D)، CBT-I برای بی خوابی در اسکیزوفرنیا^۱

1. cognitive-behavioral therapy for delayed phase in depression

(CBT-I-S) و غیره، در سطح ملی و بین‌المللی قابلیت توسعه بیشتری دارد.

مداخله TranS-C از چندین سنت در زمینه شکل‌گیری درمان تأثیر پذیرفته است. نخست اینکه، درمان‌های روانی-اجتماعی اغلب اوقات از طریق توافق بین متخصصان و پژوهشگران باتجربه شکل می‌گیرند. بسیاری از درمان‌های دارویی به صورت غیرمترقبه یا از طریق اصلاح سایر داروهای مؤثر یا نسخه‌برداری از آنها کشف شده‌اند (هرچند شناخت فزاینده از مکانیسم بیماری‌ها منجر به شروع کشف هدفمندتر داروها می‌شود). شاید تعجب‌آور نباشد که درخواست‌هایی برای افزایش توجه به علم به عنوان مسیری بهینه به سوی درمان‌های بسیار کارآمد و مؤثر مطرح شده است (اینسل، ۲۰۰۹). در واقع، از چنین روش‌هایی برای تدوین درمان‌های روانی-اجتماعی مؤثر و دارای نتایج چشمگیر استفاده شده است (اینسل، ۲۰۰۹). با پیروی از چنین سنتی، تلاش کردیم تا از شواهد علمی برای کمک به تدوین هر یک از مؤلفه‌های TranS-C و محتوای آنها استفاده کنیم. دوم اینکه، مدل مرحله‌ای تدوین درمان اونکن و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که ابداع مداخله («مرحله ۲») می‌تواند از منابع مختلفی، از جمله علوم پایه («مرحله ۱») و همچنین پژوهش‌های موجود در زمینه اثربخشی («مرحله ۳») نشأت بگیرد. همان‌طور که بعدتر در این کتاب شرح داده می‌شود، TranS-C هم از علوم پایه و هم از پژوهش‌های موجود در زمینه اثربخشی حاصل شده است. سوم اینکه، دیوید ام. کلارک، آنک اهلرز و پل سالکوفسکیس (کلارک، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴، کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰؛ سالکوفسکیس، ۲۰۰۲) تأکید می‌کنند که کار بالینی برای ایجاد فرضیه‌هایی در مورد بخش‌هایی که در آنها به نوآوری و تدوین درمان‌های بیشتری نیاز است، ضروری است. این رویکرد، همچنین تأکید می‌کند که فرضیه‌های ایجاد شده از طریق کار بالینی باید با پژوهش مورد آزمون قرار بگیرند و پس از آن می‌توانند برای استخراج نظریه علمی آزمون‌شده‌ای در مورد تداوم مشکل استفاده شوند. این نظریه به یک «نقشه راه» برای تدوین درمان‌های جدید تبدیل می‌شود. فنون درمانی که هدف‌شان معکوس کردن فرایندهای تداوم‌بخش مشخص شده در نظریه است نیز پیش از اینکه در یک رویکرد چند مؤلفه‌ای ترکیب شوند، از نظر علمی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. این رویکرد گام به گام برای تدوین TranS-C حیاتی بود.

البته عامل مؤثر نهایی در تدوین TranS-C حرکت گسترده‌تر به سوی درمان‌های فراتشخیصی بوده است (بارلو، آلن و چوات، ۲۰۰۴؛ فیربرن، کوپر و شفران، ۲۰۰۳؛ هاروی، واتکینز، منسل و شفران، ۲۰۰۴). درمان‌های فراتشخیصی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی (الارد، فیرهولم، بویسو، فارکیون و بارلو، ۲۰۱۰؛ نورتون و فیلیپ، ۲۰۰۸؛ تیتو و همکاران، ۲۰۱۱)؛ اختلالات خوردن (فیربرن و همکاران، ۲۰۰۹)؛ هذیان‌های پارانوئید (بتال و همکاران، ۲۰۰۹)؛ اختلال دوقطبی و اضطراب همبود

(الارد و همکاران، ۲۰۱۰)؛ و اضطراب، افسردگی و مشکلات سلوک در نوجوانان (ویس و همکاران، ۲۰۱۲) تدوین شده‌اند. درمان‌هایی که فرایندهای فراتشخیصی از جمله نشخوار فکری (نولن-هوکسما و واتکینز، ۲۰۱۱) و کمال‌گرایی (ایگان، وید و شفران، ۲۰۱۱) را هدف قرار می‌دهند، برای طیف وسیعی از اختلالات مختلف مؤثر بوده‌اند (رایلی، لی، کوپر، فیربرن، و شفران، ۲۰۰۷)؛ واتکینز و همکاران، ۲۰۱۱). ما خوشحال و خرسندیم که رویکردی را برای خواب و مشکلات شبانه‌روزی به این فهرست به سرعت در حال رشد، اضافه می‌کنیم.

فصل ۱

تقویت خواب سالم

خواب، زنجیرهٔ زرینی است که جسم ما را به تندرستی پیوند می‌دهد.
- توماس دکر (۱۵۷۲-۱۶۳۲).

مزایای خواب

طی پنج دههٔ گذشته انبوهی از پژوهش‌ها، مزایای خواب سالم و کارکرد ساعت شبانه‌روزی ۲۴ ساعته را اثبات کرده است. خواب و کارکرد شبانه‌روزی سالم^۱، همهٔ جنبه‌های زندگی ما را ارتقا می‌دهد یعنی از نظر هیجانی متعادل‌تر و شادتر شده و آسیب‌پذیری کمتری برای ابتلا به بیماری‌های روانی خواهیم داشت. از نظر شناختی نیز بهتر توجه می‌کنیم، به‌طور موثرتری یاد می‌گیریم، به‌طور کامل‌تری به یاد می‌آوریم و خلاقانه‌تر فکر می‌کنیم. از نظر جسمی، وزن خود را آسان‌تر تنظیم کرده، سطح فعالیت خود را افزایش داده، مولکول‌های سمی مغز را به‌طور کامل‌تری پاک‌سازی کرده و بهبود کارکرد سیستم ایمنی را تجربه می‌کنیم. خواب و ریتم شبانه‌روزی سالم با بروز کمتر افسردگی، بیماری آلزایمر، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و حتی سرماخوردگی عادی همراه است. خواب شبانهٔ مطلوب به ما این امکان را می‌دهد که هوشیارتر باشیم، عملکرد بهتری در کار، روابط خانوادگی و اجتماعی داشته باشیم، باانگیزه‌تر بمانیم و احتمال رسیدن ما به اهداف شخصی افزایش یابد. علاوه بر این، خواب شبانهٔ مطلوب به فعالیت‌های روزانهٔ ما مثل رانندگی ایمن‌تر کمک می‌کند. در نهایت، خواب و کارکرد شبانه‌روزی سالم خطر مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد، بدین معنی که افراد دارای خواب مطلوب، زندگی بهتر و طولانی‌تری دارند. به‌وضوح، دلایل قانع‌کننده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد باید اولویت بالایی برای برقراری الگوهای سالم خواب و کارکرد شبانه‌روزی قائل شد. ارتقای سلامت خواب بهینه، اغلب اوقات گذرگاهی به‌سوی بهینه‌سازی سلامت جسمی و روانی است که مورد غفلت واقع شده است.

چارچوب سلامت خواب^۱

هدف کتاب حاضر توصیف رویکرد درمانی نوینی به نام مداخله فراتشخیصی خواب و ریتم شبانه‌روزی (TranS-C) است، که آن را به عنوان مسیری برای ارتقای سلامت خواب پیشنهاد می‌کنیم. چارچوب سلامت خواب، شالوده و راهنمای TranS-C است (بایسی، ۲۰۱۴). در این چارچوب، مسیر بهبود سلامت خواب شامل شناسایی و درمان اختلالات خواب، از جمله بی‌خوابی و اختلالات ریتم شبانه‌روزی مانند مشکلات پیش‌افتادن یا تأخیر در فاز خواب^۲ است. شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد این اختلالات با طیف گسترده‌ای از پیامدهای منفی هیجانی و سلامتی مرتبط هستند. با این حال، چارچوب سلامت خواب ما را تشویق می‌کند که از این موضوع بسیار فراتر برویم. در واقع، خواب و کارکرد شبانه‌روزی سالم فراتر از عدم وجود اختلالات خواب است. هدف از ارتقای سلامت خواب، بهینه‌سازی توانایی مراجع است تا در واقع، به فردی «خوش‌خواب» تبدیل شود.

چارچوب سلامت خواب نمایانگر تغییر جهت از دیدگاه پزشکی معمول خواب که بر شناسایی و درمان اختلالات خواب تأکید دارد، به دیدگاه ارتقای سلامت است که بر ویژگی‌های همگانی خواب تأکید می‌کند یعنی ویژگی‌هایی که می‌توان آنها را بهینه‌سازی کرد تا بهزیستی را ارتقاء دهند. این رویکرد تحت تأثیر چهار دیدگاه درباره خواب و سلامتی قرار دارد: (۱) مدل پزشکی که بر درمان اختلالات خواب تأکید دارد؛ (۲) رویکرد سازمان جهانی بهداشت که شامل سلامتی و بهزیستی در حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی است؛ (۳) مدل‌های تندرستی و اجرای نقش^۳ که یکپارچگی جسم، روح و ذهن را تشویق می‌کنند و (۴) مدل‌هایی که اهمیت توانایی فرد برای سازگاری با چالش‌های موجود در محیط جسمی و اجتماعی را دربر می‌گیرند. بر اساس این دیدگاه‌ها، تعریف زیر را برای سلامت خواب پیشنهاد می‌کنیم:

سلامت خواب یک الگوی چند بعدی خواب- بیداری، مطابق با خواسته‌های فردی، اجتماعی و محیطی است که باعث بهزیستی جسمی و روانی می‌شود. سلامت خواب مطلوب با رضایت ذهنی، زمان‌بندی مناسب، مدت زمان کافی، کارآیی بالا و هوشیاری پایدار در ساعات بیداری مشخص می‌شود (بایسی، ۲۰۱۴، ص. ۱۲).

پژوهش‌های اخیر همچنین ما را بر آن داشت تا بر منظم بودن الگوهای خواب- بیداری تأکید کنیم، زیرا نظم به خودی خود با پیامدهای سلامتی بهتری همراه است. بنابراین، این چارچوب، متخصصان بالینی را تشویق می‌کند تا در راستای بهبود خواب مراجع بر شش بُعد کار کنند:

-
1. The Sleep Health Framework
 2. advanced or delayed sleep-phase
 3. wellness and role performance models

- بعد اول: نظم (Regularity). این بعد به این موضوع اشاره دارد که در زمان‌های تقریباً مشابهی به خواب رفته و در زمان‌های تقریباً مشابهی از خواب بیدار شویم.
- بعد دوم: رضایت از خواب یا کیفیت خواب (Satisfaction). این بعد به ارزیابی ذهنی مراجع از «مطلوب» یا «نامطلوب» بودن خواب اشاره دارد.
- بعد سوم: هوشیاری در ساعات بیداری (Alertness). این بعد به توانایی مراجع برای حفظ بیداری متمرکز در طول روز و عدم تجربه خواب‌آلودگی ناخواسته توجه دارد.
- بعد چهارم: زمان‌بندی (Timing). این بعد به [چگونگی] جای‌گیری خواب مراجع در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز اشاره دارد.
- بعد پنجم: کارایی خواب (Efficiency). این بعد به توانایی خوابیدن در بخش عمده‌ای از زمان بودن در رختخواب اشاره دارد که با سهولت در به خواب رفتن در ابتدای شب و سهولت در دوباره به خواب رفتن پس از بیدار شدن در طول شب مشخص می‌شود.
- بعد ششم: طول مدت خواب (Duration). این بعد به کل میزان خوابی که مراجع در طی ۲۴ ساعت به آن دست یافته است، اشاره دارد.

این ابعاد را می‌توان به راحتی با سرواژه مفید RU SATED به یاد سپرد یعنی آیا خواب شما نیاز هیجانی، شناختی و جسمی شما به خواب را «تأمین» کرده است؟ این ابعاد را می‌توان در یک پیوستار ارزیابی کرد و برای چهار مورد از آنها، کسب نمره بالاتر بهتر است. با این حال، برای ابعاد ۴ و ۶، زمان‌بندی خواب و طول مدت خواب سالم، به دنبال یک حالت میانه هستیم. مدت زمان خواب بسیار طولانی یا بسیار کوتاه و زمان به خواب رفتن بسیار زود یا بسیار دیر ممکن است با پیامدهای سلامتی منفی همراه باشد. همه این ابعاد را می‌توان با ابزارهای خودگزارشی، از جمله پرسشنامه‌های گذشته‌نگر و دفتر یادداشت خواب که در فصل ۲ مورد بحث قرار گرفته است، به صورت کمی مشخص کرد. این ابعاد را می‌توان به شکل رفتاری (فعالیت‌نگاری)^۱ و فیزیولوژیکی (خواب‌نگاری چندگانه)^۲ نیز اندازه‌گیری کرد. با این حال، در کار بالینی، فعالیت‌نگاری و خواب‌نگاری چندگانه اغلب اوقات ضروری نیستند. در نهایت، یک مبنای تجربی قوی برای هریک از شش بعد وجود دارد که به طور مفصل در مطالعه بایسی (۲۰۱۴) بررسی شده و به طور خلاصه در اینجا شرح داده شده است.

- نظم در زمان‌های خواب و بیداری به تازگی کانون تمرکز پژوهش‌ها بوده است (بی، وایلی، تریندر و منبر، ۲۰۱۶). بی‌نظمی در زمان‌های خواب و بیداری با عملکرد ضعیف در مدرسه، بی‌خوابی، اختلال دوقطبی، اختلالات ریتم شبانه‌روزی، پیامدهای سلامتی منفی و چاقی همراه بوده است.

1. actigraphy

2. polysomnography

- رضایت از خواب. رضایت ناکافی از خواب که مشخصه اصلی بی‌خوابی است، با سندرم متابولیک، دیابت، فشار خون بالا، بیماری عروق کرونر قلب و افسردگی مرتبط است.
 - هوشیاری در ساعات بیداری. نقطه مقابل هوشیاری یعنی خواب‌آلودگی روزانه، با افزایش خطر مرگ و میر، بیماری عروق کرونر قلب و آسیب به عملکرد عصبی رفتاری همراه است.
 - زمان بندی خواب. پژوهش‌های صورت گرفته در مورد کار نوبتی و «سنخ زمانی»^۱ یعنی ترجیح ما برای خواب زودهنگام یا دیرهنگام، نشان داده است که خواب بسیار زودهنگام یا بسیار دیرهنگام با افزایش خطر مرگ و میر، بیماری عروق کرونر قلب، سندرم متابولیک، دیابت و سوانح همراه است.
 - کارایی خواب. کارایی ضعیف خواب با افزایش خطر مرگ و میر، بیماری عروق کرونر قلب، سندرم متابولیک، فشار خون بالا و افسردگی همراه است.
 - طول مدت خواب بیش از اندازه کوتاه یا طولانی با مرگ و میر، چاقی، سندرم متابولیک، دیابت، فشار خون بالا، بیماری عروق کرونر قلب و آسیب به عملکرد عصبی رفتاری مرتبط بوده است.
- حدود ۲۰٪ بزرگسالان جمعیت عمومی معیارهای مربوط به بی‌خوابی را برآورده می‌کنند. هم‌ابتلائی (همبودی) بین اختلالات روان‌پزشکی و بی‌خوابی بین ۴۱ تا ۵۳٪ تخمین زده شده است (برای مثال بنکا، اوبرمیر، تیستد و گیلین، ۱۹۹۲؛ برسلاو، روث، روزنتال، اندرسکی، ۱۹۹۶؛ بایسی و همکاران، ۱۹۹۴؛ فورد و کامرو، ۱۹۸۹). در صورتی که تخمین‌های مربوط به بی‌خوابی با تخمین‌های مربوط به سایر مشکلات شایع خواب، از جمله اختلال تأخیر فاز در خواب و پیش‌افتاده و پرخوابی ترکیب شود (برای مثال گرادیسار، گاردنر و دونت، ۲۰۱۱؛ لئو و همکاران، ۲۰۰۷) بخش بزرگی از جمعیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند که هزینه‌های شخصی و اجتماعی بالایی را به همراه دارد (دالی، مورین، لبلنس، گرگویر و سلوارد، ۲۰۰۹؛ هیلمن، مورفی و پزولو، ۲۰۰۶؛ اوزمینکوسکی، وانگ و والش، ۲۰۰۷؛ روث و همکاران، ۲۰۰۶). اگر بخش عمده دیگری از جمعیت را که معیارهای تشخیصی رسمی برای اختلال خواب را برآورده نمی‌سازند، اما در یک یا چند بعد از شش بعد سلامت خواب ضعف دارند، به این گروه اضافه کنیم، بدیهی است که تعداد زیادی از افراد هستند که می‌توانند از درمان خواب بهره‌مند شوند.
- به‌طور خلاصه، TranS-C قصد دارد از بهبود صرف اختلالات خواب و ریتم شبانه‌روزی که به‌صورت مقوله‌ای تعریف شده‌اند، فراتر رود تا توانایی مراجعان را در دستیابی به تعریفی که پیش‌تر درباره سلامت خواب مطلوب ارائه شد، تسهیل کند. هدف TranS-C این است که به مراجع کمک کند تا هر یک از شش بعد سلامت خواب را بهینه سازد.

اصول کلیدی TranS-C

رویکرد فراتشخیصی^۱

در هسته TranS-C رویکردی به نسبت جدید یعنی پژوهش و درمان هدفمند «فرایندهای فراتشخیصی» قرار دارد، که این فرایندها به عنوان ویژگی‌های بالینی مشترک در بیش از یک بیماری روانی تعریف می‌شوند (بارلو، آلن و چویت، ۲۰۰۴؛ فیربرن، کوپر و شفران، ۲۰۰۳؛ هاروی، واتکینز، مانسل و شفران، ۲۰۰۴).

کژکاری خواب و چرخه شبانه‌روزی از نظر زیست‌شناختی (هاروی، موری، چندلر، و سونر، ۲۰۱۱) و نظری (هاروی، ۲۰۰۸) عامل فراتشخیصی احتمالی است که در بیماری‌های روانی سهم دارد. در واقع، مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی نه تنها هم‌زمان با اختلالات روانی وجود دارند، بلکه شواهد علمی فزاینده نشان می‌دهد که مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی از عوامل مهم سبب‌شناختی یا مکانیستیک سهم در اختلالات روانی هستند (برای مثال هاروی، ۲۰۰۸). همچنین، بیشتر مطالعه‌ها در زمینه خواب بر اختلالات متمرکز هستند، به این معنی که این مطالعه‌ها به درمان یک مشکل خاص خواب (برای مثال، بی‌خوابی) گرایش دارند. در مقابل، در زندگی واقعی مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی چندان دقیق طبقه‌بندی نشده‌اند. در واقع، بی‌خوابی می‌تواند با ویژگی‌های پرخوابی (کاپلان و هاروی، ۲۰۰۹) و اختلالات ریتم شبانه‌روزی، از جمله تأخیر در فاز خواب (گیگلیو و همکاران، ۲۰۱۰؛ سورتسن و دیگران، ۲۰۱۳) و برنامه‌های خواب-بیداری نامنظم (گرابر و همکاران، ۲۰۰۹) همپوشی داشته باشد.

یک مرور نظام‌مند (تیلور و پرویکسما، ۲۰۱۴) و یک فراتحلیل (وو، آپلما، سالازار، و آنگ، ۲۰۱۵) در زمینه پژوهش‌های مربوط به درمان خواب برای طیف وسیعی از اختلالات روانی منتشر شده است. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، این مطالعات معمولاً اختلال-محور بوده‌اند، به‌طوری‌که بی‌خوابی را با استفاده از درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی (CBT-I) در بستر یک بیماری روانی درمان کرده‌اند. جالب است که این مرور نظام‌مند به این نتیجه رسید که درمان مشکلات خوابی که در اختلال افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه رخ می‌دهد، نه تنها مشکل خواب، بلکه اختلالات همبود را نیز بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، الگوی مشابهی از یافته‌ها برای اسکیزوفرنی نیز گزارش شده است (فریمن و همکاران، ۲۰۱۵). جالب‌تر اینکه، این الگوی یافته‌ها مختص بیماری روانی نیست. وو و همکاران (۲۰۱۵) الگوی مشابهی از این اثرات را در طیفی از اختلالات پزشکی از جمله درد مزمن، بیماری کلیوی، سرطان، فیبرومیالژیا و حتی در دو اختلال خواب نشان دادند: اختلال حرکت دوره‌ای

اندام^۱ و وقفه تنفسی انسدادی خواب^۲. هرچند اندازه اثر برای درمان بی خوابی در اختلالات پزشکی کمتر از اختلالات روانی بود، اما اصل کلی برقرار بود، یعنی درمان مشکلات خواب، پیامدهای اختلالات همبود را نیز بهبود می بخشد. به طور خلاصه، شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهد درمان با مدت زمان محدود برای مشکل خواب در افرادی که طیف وسیعی از بیماری های روانی و جسمی را تجربه می کنند نیز سودمند است و این موضوع مزیت احتمالی درمان خواب به صورت فراتشخیصی را افزایش می دهد.

رویکرد فراتشخیصی مزایای متعددی دارد (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). نخست اینکه، اگر یک فرایند فراتشخیصی به تداوم علائم اختلالات متعدد کمک می کند، پس تمرکز درمان بر فرایند فراتشخیصی ممکن است کارآمدترین روش باشد. دوم اینکه، بسیاری از مراجعان معیارهای تشخیصی بیش از یک بیماری روانی را برآورده می کنند و در تصمیم گیری برای اولویت بندی اختلالات برای درمان ممکن است بتوان درمان را در یک یا چند فرایند فراتشخیصی مورد هدف قرار داد. به همین ترتیب، یکی از دلایل همبودی (هم ابتلایی) این است که مرزهای بالینی و زیست شناختی میان اختلالات ممکن است چندان واضح نباشد (براون و بارلو، ۱۹۹۲). بنابراین، تشخیص و درمان مبتنی بر علائم و نشانه های بالینی ممکن است دقیق نباشد. سوم اینکه، متخصصان بالینی که با یادگیری پروتکل های چندگانه متمرکز بر اختلال روبرو هستند، بار سنگینی را متحمل می شوند. این پروتکل ها اغلب اوقات دارای پشتوانه نظری مشترکی هستند و حتی از مداخله های مشابهی استفاده می کنند. به این ترتیب، رویکرد فراتشخیصی می تواند به برطرف کردن این مشکل یعنی «تعداد بسیار زیاد درمان های دارای حمایت تجربی» کمک کند (ویسرز، نگ و برمن، ۲۰۱۴، ص. ۶۷). TranS-C یک چارچوب درمانی فراتشخیصی قوی ارائه می دهد و برای مراجعینی با طیف گسترده ای از اختلالات روانی کاربرد دارد. منطق TranS-C، همراه با ویژگی های اصلی آن که بعدتر در این فصل توضیح داده خواهد شد، در کادر ۱-۱ خلاصه شده است.

مدل فرایند دوگانه خواب^۳

یکی از نظریه های بسیار پر استناد و مفید اکتشافی در حوزه خواب، مدل فرایند دوگانه است (بوربلی و ویرز-جاستیس، ۱۹۸۲)، که هسته TranS-C است. این مدل دو فرایند فیزیولوژیکی اساسی را توصیف می کند که بر چرخه خواب-بیداری تسلط دارند: یک فرایند شبانه روزی^۴ و یک فرایند هوموستاتیک^۵. فرایند شبانه روزی، پدیدار شدن ریتم خواب و بیداری در طی یک دوره ۲۴ ساعته است. این

1. periodic limb movement disorder

2. obstructive sleep apnea

3. The Two-Process Model of Sleep

4. circadian process

5. homeostatic process

کادر ۱-۱. منطق و ویژگی‌های کلیدی TranS-C

- مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی شایع بوده و اغلب اوقات با اختلالات روانی و جسمی همراه هستند.
- مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی از عوامل مهم سبب‌شناختی یا مکانیستیک سهیم در اختلالات روانی هستند.
- مشکلات خواب و چرخه شبانه‌روزی حتی در صورت عدم وجود یک اختلال خواب خاص می‌توانند رخ دهند.
- شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد می‌توان مداخلات رفتاری و روانشناختی را برای بهبود سلامت خواب در طیف گسترده‌ای از اختلالات استفاده کرد.
- بیشتر پژوهش‌های درمانی و رویکردهای درمانی فعلی بر بی‌خوابی متمرکز شده‌اند، اما مشکلات خواب واقعی پیچیده هستند و اغلب اوقات شامل سایر جنبه‌های بالینی از جمله پر خوابی، زمان‌بندی خواب تأخیری («جغدها») یا پیش‌افتاده («چکاوک‌ها») و برنامه‌های نامنظم خواب- بیداری است.
- TranS-C برای کارکنان خط مقدم درمان که در طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها کار می‌کنند قابل انتقال و سودمند است.
- TranS-C به‌صورت تجربی مشتق شده و از درمان‌های مبتنی بر شواهد موجود استفاده می‌کند.
- TranS-C به حل [مشکل] «تعداد بسیار زیاد درمان‌های دارای حمایت تجربی» کمک می‌کند (ویس و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۶۸).
- TranS-C را می‌توان با توجه به مشکلات خواب هر مراجع شخصی‌سازی کرد.
- TranS-C مربوط به طیف گسترده‌ای از مشکلات خواب در انواع اختلالات روانی است.

فرایند از طریق «ساعت اصلی»^۱ یعنی هسته فوق‌کیاسمائی (SCN)، به راه می‌افتد که در بخش هیپوتالاموس مغز واقع شده است (رپرت و ویور، ۲۰۰۲). SCN دارای یک ریتم داخلی یا درون‌زاد است که حتی در صورت عدم وجود هرگونه نشانه زمانی از محیط، حدود ۲۴ ساعت فعالیت دارد. فرایندی که به‌وسیله آن ساعت اصلی با روز ۲۴ ساعته هماهنگ می‌شود را همگام‌سازی^۲ می‌نامند.

1. master clock
2. entrainment

همگام‌سازی از طریق *zeitgebers* (زمان‌نماها)، کلمه آلمانی به معنای «تعیین‌کننده‌های زمان»، رخ می‌دهد. زمان‌نمای اصلی فرایند شبانه‌روزی، تغییر روزانه نور و تاریکی است (رونبرت و فوستر، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر، مواجهه با نور و تاریکی در طی شبانه‌روز تأثیر عمده‌ای بر ریتم شبانه‌روزی SCN ما دارد. بنابراین، TranS-C همان‌طور که بعدتر با جزئیات درباره آن بحث خواهیم کرد، شامل مواجهه به موقع با نور و تاریکی است. ریتم شبانه‌روزی را می‌توان به‌طور تقریبی با هر عملکرد فیزیولوژیکی، از جمله ریتم هورمون‌ها، فشار خون، دمای بدن و تمایل به خواب اندازه‌گیری کرد. علاوه بر این، ریتم شبانه‌روزی، فرایندهای شناختی، روانشناختی و هیجانی ما را نیز اداره می‌کند. جالب است که شواهد حاصل از مطالعه‌های انسانی و حیوانی نشان می‌دهد که SCN نه تنها از طریق نور، بلکه در اثر انواع دیگر زمان‌نماها از جمله برانگیختگی، فعالیت، ساعت اجتماعی، وعده‌های غذایی، محرومیت از خواب و درجه حرارت نیز راه‌اندازی می‌شود (میس‌تلیبرگر، آنتل، گلس و میلر، ۲۰۰۰). از این رو، TranS-C شامل نوعی تمرکز بر تنظیم روزانه ریتم خواب-بیداری در صورت وجود این سرنخ‌های غیرنوری است. با این حال، جزئیات مربوط به این رویکرد درمانی را بعدتر شرح خواهیم داد.

اگر فرایند شبانه‌روزی مانند ساعت باشد، فرایند هوموستاتیک بیشتر شبیه ساعت شنی است. مغز ما زمان سپری شده از لحظه بیدار شدن را ثبت می‌کند و هرچه مدت بیشتری بیدار باشیم، سائق ما برای خواب افزایش می‌یابد. به‌طور خاص، فشار هوموستاتیک برای خوابیدن در طی مدت بیداری ما افزایش می‌یابد و در طی خواب از بین می‌رود (جنی، آپرمن و کارسکادون، ۲۰۰۵؛ تیلور، جنی، آسبو و کارسکادون، ۲۰۰۵). TranS-C شامل مداخلاتی برای افزایش سائق هوموستاتیک به‌منظور خوابیدن است. هنگامی که در مورد این فرایند دوم با مراجع صحبت می‌کنیم، اغلب اوقات سودمند است که به فرایند هوموستاتیک به‌عنوان «گرسنگی»، «سائق» یا «اشتها» برای خواب اشاره کنیم. سائق هوموستاتیک خواب را می‌توان به یک نوار لاستیکی تشبیه کرد: هرچه آن را بیشتر بکشید، با قدرت بیشتری برمی‌گردد.

علاوه بر گنجانیدن مدل فرایند دوگانه تنظیم خواب، TranS-C همچنین شامل سه درمان دارای حمایت تجربی برای بهینه‌سازی خواب و همچنین عملکرد و تعامل بین فرایندهای شبانه‌روزی و هوموستاتیک است.

درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی

CBT-I یک درمان چند مؤلفه‌ای است که معمولاً یک یا چند مورد از مداخلات زیر را دربر گرفته و

ترکیب می‌کند: کنترل محرک^۱، محدودسازی خواب^۲، آموزش خواب، درمان آرام‌سازی و بازسازی شناختی برای باورهای غیرواسطه‌مند در مورد خواب (مورین و اسپی، ۲۰۰۳؛ پرلیس، اسمیت، جانگوئیست و پوسنر، ۲۰۰۵). شواهد قوی برای اثبات اثربخشی CBT-I، از چندین فراتحلیل (ایروین، کول و نیکاسیو، ۲۰۰۶؛ مورین، کولبرت و شوارتز، ۱۹۹۴؛ مورتاگ و گرینوود، ۱۹۹۵؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۲) و مرور نظام‌مند درباره CBT-I در بزرگسالان (مورین و همکاران، ۲۰۰۶؛ قاسم، کانساگارا، فورسیه، کوک و دنبرگ، ۲۰۱۶) به دست آمده است. همان‌طور که در مقاله دیگری بررسی کردیم (هاروی، ۲۰۱۶)، شواهد کاربرد CBT-I برای نوجوانان محدود اما بسیار امیدوارکننده است (بوتزین و استیونز، ۲۰۰۵؛ کاسوف، کنوپر، میشایلسن و گروبر، ۲۰۱۳؛ د بروین، اورت، بوگلز و میجر، ۲۰۱۴؛ گردیسار، دونت و همکاران، ۲۰۱۱؛ پین و گرادیسار، ۲۰۱۱؛ شلارب، لیدل و هاوترینگر، ۲۰۱۰). این شواهد قوی، گنجاندن CBT-I در TranS-C را موجه می‌سازد. به‌ویژه، TranS-C از مؤلفه‌هایی از CBT-I استفاده می‌کند که فشار هوموستاتیک را برای خوابیدن افزایش می‌دهد و همگام‌سازی را از طریق زمان‌های بیداری منظم (کنترل محرک و محدودسازی خواب) و کاهش برانگیختگی (شناخت درمانی) تقویت می‌کند. به عبارت دیگر، TranS-C از راهبردهای رفتاری برای بهبود خواب استفاده می‌کند که بر مدل فرایند دوگانه تنظیم خواب مبتنی است.

درمان رفتاری اختلال ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری، نوع تأخیر در فاز خواب

گرایش شامگاهی چرخه شبانه‌روزی در افرادی دیده می‌شود که برنامه خواب تأخیری دارند («شب‌زنده‌داران»)^۱؛ آن‌ها فعالیت‌شان را در انتهای روز افزایش داده و دیرتر به خواب می‌روند و دیرتر هم بیدار می‌شوند. این طیف گسترده شامگاهی بسیار رایج است و حد نهایی آن با اختلال ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری، نوع تأخیر در فاز خواب نشان داده می‌شود (DSPT؛ لووات، گردیسر، شورت، دونت و میسیس، ۲۰۱۳). DSPT با شکایات خوابی مشخص می‌شود که ناشی از عدم هماهنگی بین ریتم خواب-بیداری مراجع و برنامه خواب-بیداری مورد نیاز محیط است. شکایات خواب در DSPT ممکن است شامل عدم توانایی به خواب رفتن تا ساعات اولیه صبح، خوابیدن تا روز بعد و ناتوانی برای خوابیدن در زمان‌های «به‌نجار از نظر اجتماعی» باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

برای پرداختن به حد نهایی خواب تأخیری و همچنین طیف گسترده‌تر آن، TranS-C از پژوهش‌ها درباره DSPT (گردیسر، دونت و همکاران، ۲۰۱۱؛ گردیسر، اسمیت، بجروتن، ۲۰۱۴؛ اکاوا، اوچیاما، اوزاکی، شیبویی و ایچیکاوا، ۱۹۹۸؛ رجستین و منک، ۱۹۹۵)، از جمله پارامترهای عملی (ساک و همکاران، ۲۰۰۷) بهره می‌جوید. این پژوهش‌ها شواهد مثبتی را برای مواجهه به‌موقع با نور (از طریق

1. stimulus control
2. sleep restriction

یک جعبه نور)، کاهش نور در غروب و برنامه‌های منظم خواب (درمان مبتنی بر زمان)^۱ در بزرگسالان فراهم می‌کند. TranS-C شامل دو مداخله اخیر و دو سازگاری مهم است. نخست اینکه، بسیاری از افراد انگیزه استفاده از یک جعبه نور را ندارند و خرید جعبه نور با هزینه اضافی برای آنها همراه است. از این رو، TranS-C قصد دارد به مراجعان کمک کند تا عادات‌های همیشگی یعنی قرارگرفتن در معرض نور طبیعی صبحگاهی و نور کم شامگاهی را از طریق مقررات خاموشی وسایل الکترونیکی^۲ ایجاد کنند. دوم اینکه، درمان مبتنی بر زمان سنتی برای تأخیر در فاز خواب شامل تأخیر تدریجی در زمان خوابیدن و بیدار شدن تا رسیدن به تراز زمانی دلخواه است. متأسفانه، این نوع درمان برای برنامه‌های خانوادگی و شغلی بسیار مخرب است. بنابراین، در TranS-C معمولاً پروتکلی را اتخاذ می‌کنیم که شامل تنظیم زمان رفتن به رختخواب به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه زودتر در هر هفته [و نه هر روز] است. این رویکرد آهسته‌تر بر اساس تجربه بالینی ما و درک این موضوع است که سیستم شبانه‌روزی ما با سرعت کمتری برای زمان‌های خواب زود هنگام در مقایسه با زمان‌های خواب دیر هنگام سازگار می‌شود. ما متوجه شده‌ایم که این برنامه قابل دستیابی بوده و منبع موفقیت و تسلط مراجع است و انگیزه تغییر را هرچه بیشتر افزایش می‌دهد. با این حال، پژوهش‌های بیشتری برای اصلاح خواب به شکلی ایده‌آل در گروه‌های مختلف مراجعان لازم است تا فرایندهای شبانه‌روزی و انگیزشی را متعادل کند.

درمان مبتنی بر ریتم اجتماعی و بین فردی

درمان مبتنی بر ریتم اجتماعی و بین فردی^۳ (IPSRT) یک رویکرد درمانی است که از نظریه «زمان‌نماهای اجتماعی» درباره افسردگی گرفته شده است. این نظریه فرض می‌کند که استرس‌های زندگی، ریتم‌های روزمره و اجتماعی ما را مختل می‌کنند، و می‌تواند منجر به همگام‌سازی مرضی سیستم شبانه‌روزی ما شوند. با توجه به اینکه خلق‌وخو تا اندازه‌ای توسط فرایندهای شبانه‌روزی تنظیم می‌شود، همگام‌سازی مرضی می‌تواند در افراد آسیب‌پذیر منجر به افسردگی یا سایر دوره‌های خلقی شود (ایلر، فرانک و کاپفر، ۱۹۹۸). IPSRT شامل راهبردهایی است که برای ایجاد و تداوم ثبات در ریتم‌های اجتماعی طراحی شده است. این راهبردها از پژوهش‌های انسانی و حیوانی استخراج می‌شوند که نشان می‌دهند سیستم خواب و چرخه شبانه‌روزی به‌طور شگفت‌انگیزی نسبت به سرنخ‌های غیرنوری از جمله فعالیت بدنی، زمان تغذیه و تعامل اجتماعی حساس است. IPSRT بر تثبیت این ریتم‌های روزانه تأکید دارد تا به ثبات برنامه خواب-بیداری کمک کند. در اختلال دوقطبی و افسردگی، پایه پژوهشی قوی برای ایجاد ثبات در ریتم‌های شبانه‌روزی از طریق IPSRT شکل گرفته

1. chronotherapy

2. electronic curfews

3. Interpersonal and social rhythm therapy