

## بی خوابی، ماهیت و درمان

دکتر سید حمید آتش پور<sup>۱</sup> احسان کاظمی<sup>۲</sup>

### چکیده

خواب همواره یکی از پدیده‌های خوشایند، با اهمیت و اسرارآمیز زندگی ما است. خواب برخلاف آنکه ممکن است حالتی از برانگیختگی پائین و بدون تغییر به نظر برسد، با فعالیت مدارم و متغیر حرکت بدن، رویا و دستگاههای فیزیولوژیکی و زیست - شیمیایی مشخص می شود.

یونانیان باستان معتقد بودند که خدای رویاها خواب را به عنوان یک موهبت به آدمی ارزانی داشته است. اگر چه هر یک از ما حدود (معادل حدود ۲۵ سال) از عمر خود را در حالتی دگرگون خواب سپری می‌کنیم، اما هنوز به درک درستی از آن دست نیافته‌ایم. نوشته حاضر ضمن پیروی بر نظریه های مختلف در مورد خواب به بی‌خوابی و راههای درمان آن پرداخته است.

غ

### Abstract

*Sleep continues to be a pleasant, important and mysterious phenomenon in our lives. Unlike what may seem to be a state of low, unchanging excitability, sleep is characterized by the constantly changing physical activity, dream and physiologic - biochemical systems.*

*The ancient Greeks maintained that the "god of dreams" bestowed dream as a divine blessing on man. Although everyon spends around one - third of his life (i.o.25 years) in the changed state of sleep, we have not yet achieved an understanding of sleep, Following up on the various theories of sleep, the present work addresses insomnia (i.e. sleeplessness) and ways to treat it.*

*Keywords: Sleepless, insomnia, Treatment.*

مقدمه

در حال حاضر دو نظریه عمده به منظور تبیین وجود خواب در زندگی انسانها مطرح

<sup>۱</sup> عضو هیات علمی دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی

شده است.

### (۱) نظریه اصلاح و ترمیم<sup>۱</sup>

براساس این نظریه، خواب کارکرد مهم نیروزایی را بر عهده داشته و نه تنها باعث ترمیم خستگی جسمی می‌شود، بلکه از فشارهای هیجانی و فکری نیز به نحو بارزی می‌کاهد (وب<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲)

### (۲) نظریه تحولی، چرخه زیستی<sup>۳</sup>

بر مبنای این نظریه، بین خواب و چرخه‌های زیستی شبانه روزی رابطه وجود دارد. از این نظر، خواب آنچنان تکامل یافته که جانداران بتوانند هنگامی که در تکاپوی کسب غذا و جت نیستند، ذخائر رفتاری خود را حفظ کرده و هنگامی که در تکاپوی کسب غذا و جفت نیستند، ذخائر رفتاری خود را حفظ کرده و هنگامی که در معرض خطر هستند، آنها را در امان نگه دارد (آبسن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹). این نظریه توانسته است اختلاف در الگوهای خواب جانداران مختلف را توضیح دهد.

به نظر می‌رسد هر دو نظریه در تبیین وجود خواب، درست باشند. خواب هم ما در مقابل خطرات محیطی حفظ می‌کند و هم با گذشت زمان موجب ترمیم و اصلاح می‌شود. با توجه به این واقعیت، بللوک و برسولو (۱۹۷۲)، به نقل از نعمت الله زاده، (۱۳۷۰)، در یک مطالعه نشان دادند که ۷ تا ۸ ساعت خواب مفید و آرام در طی شب، با وضعیت سلامت، همبستگی مثبت دارد. از سوی دیگر مشخص شده است که مقدار خواب مذکور موجب می‌گردد که فرد پس از برخاستن از خواب و در طول روز، با نشاط‌تر، سوزنده‌تر و فعال‌تر باشد و مشکلات روانشناختی کمتری داشته باشد.

### بی‌خوابی:

از آنجا که خواب برای حفظ سلامتی افراد حائز اهمیت بسیاری است، به همین دلیل

<sup>۱</sup> - repair – restorastion theory

<sup>۲</sup> - Webb

<sup>۳</sup> - evolutionary - Circadian

<sup>۴</sup> - Abson

بی‌خوابی مورد توجه بسیاری از محققان و درمانگران قرار گرفته است. بی‌خوابی شایعترین نوع اختلال خواب است و این امکان وجود دارد که ۳۵ تا ۵۰ درصد افراد بزرگسال از آن رنج ببرند (بیکسلر و دیگران، ۱۹۷۹؛ به نقل از لیندزی و پاول، ۱۳۷۸). سالمندان و زنان بیش از دیگران مبتلا به بی‌خوابی می‌باشند. اما برآوردهای مربوط به بروز اختلال به مقدار زیادی متفاوت است. نکته حائز اهمیت توجه برای روانشناسان بالینی، افزایش اختلال بی‌خوابی در مراجعین افسرده است. از این نظر همانطور که بیشتر تاکید گردید، بی‌خوابی با فقدان سلامت جسمانی رابطه دارد.

بی‌خوابی می‌تواند به اشکال متفاوتی بروز کند، اما به لحاظ مفهومی عبارت است از ناتوانی مزمن در به خواب رفتن یا ناتوانی از تداوم خواب به مقدار کافی. از لحاظ تجربه بیخوابی، تاخیر در به خواب رفتن (بیخوابی در شروع خواب)، شایعترین نوع بی‌خوابی است. اشکال دیگر آن عبارتند از :

الف) خواب ناکافی.

ب) بیدار شدن‌های مکرر در طول شب (بیخوابی در تداوم خواب).

ج) زود بیدار شدن از خواب در پایان خواب (بیخوابی پایانی).

د) لذت نبردن از خواب.

ه) احساس خستگی پس از بیدار شدن از خواب.

و) به سرعت به خواب‌رفتن در طی روز و عملکرد ضعیف در فعالیتهای روزانه در بی‌خواب غیر رضایت بخش.

افراد مبتلا به بیخوابی ممکن است تنها یک یا چند مورد از این شکایتها را گزارش دهند. ملاک عمده برای شناسایی بیخوابی، شکایت و نارضایتی افراد از خواب خود می‌باشد. متغیرهای اثرگذار بر خواب: عوامل زیادی را می‌توان موثر بر خواب تصور نمود که فرایند طبیعی خواب را مختل نموده و بی‌خوابی را به وجود می‌آورند.

۱) مصرف کافئین (چای، قهوه)

۲) استفاده از داروهای خواب‌آور، مطابق مطالعات صورت گرفته، افزایش چشمگیر مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور طی سالیان اخیر، می‌تواند هم موجب بی‌خوابی شود و هم نشان دهنده شیوع بی‌خوابی است (لیندزی و پاول، ۱۳۷۸).

- ۳) انجام فعالیتهای ناسازگار در بستر، مانند مطالعه کردن، خوردن در بستر و ...
- ۴) صرف غذای سنگین قبل از زمان خواب.
- ۵) نرمش بدنی شدید قبل از زمان خواب.
- ۶) مصرف داروهای مرتبط با بیماریهای مزمن.
- ۷) وجود نگرانی و اضطراب.
- ۸) گرفتگی عضلات و وجود اسپاسم.
- ۹) تحریکات حسی شدید مانند حرارت یا رطوبت بالا.
- ۱۰) شیفت کاری و به هم ریختن چرخه شبانه روزی.
- ۱۱) علایم تحریک کننده مانند گریه دیگران، سر و صدا و ...
- ۱۲) خوابیدن زیاد در طول روز.
- ۱۳) نیاز به دفع مکرر ادرار.
- ۱۴) مشکلات روانشناختی مانند افسردگی.
- ۱۵) فشار روانی در طول روز.
- ۱۶) وحشت شبانه و دیدن کابوس.
- ۱۷) مشکلات و ناتوانیهای تنفسی.

### نظریه های مرتبط با بی خوابی

چندین نظریه وجود دارد که در آنها سعی گردیده است که رویداد بیخوابی توجیه شود. دیدگاه ارگانیکی و پزشکی به فرضهایی درباره ویژگیهای EEG خواب در افراد مبتلا به بیخوابی توجه کرده و بر دارودرمانی در کنترل مشکلات خواب تاکید می نماید. روان درمانگری پویسی<sup>۱</sup> نیز بر تحلیل تعارضها و امیال سرکوب شده تاکید داشته و رهایی از آنها را اساس درمان بیخوابی می داند.

نظریه های شناختی - رفتاری به عنوان اثر بخش ترین توجیهات مفهومی و کاربردی برای تبیین و حذف بیخوابی توانسته است در سالیان اخیر روشهای موثری را پیشنهاد کند که در ادامه مفصلا به آنها پرداخته خواهد شد.

توجهات رفتاری بی خوابی بر سه فرض بنیادی متکی است:

(۱) تنش روانی شدیدی با اشکال در خواب رفتن همراه است. این تنش می‌تواند ناشی از شخصیتی مضطرب یا تنش عضلانی ناشی از وضعیت و فعالیتهای روزانه باشد. به این ترتیب در هنگام خواب، فرد سطح بالایی از برانگیختگی را تجربه می‌کند که بر ضد خواب است.

(۲) بی‌خوابی ناشی از یادگیری عاملی<sup>۱</sup> است. از این نظر، بستر و محیط اتاق می‌تواند به عنوان محرکهای تمیزی<sup>۲</sup> برای به خواب رفتن عمل کنند. در واقع اتاق خواب یا مکان خواب پیام و مجال انجام رفتار خوابیدن را امکان پذیر می‌سازد. اگر در بستر خواب فعالیتهای صورت گیرد که نشانه‌های بالقوه بستر و محیط خوابیدن را از بین ببرند مانند مطالعه، نوشتن، تماشای فیلم، خوردن و یا حل مسائل زندگی، می‌توانند موجب بی‌خوابی شوند.

(۳) توجیه سوم، بی‌خوابی را ناشی از تلاش ناموفق فرد برای کنترل اختیاری روند خوابیدن می‌داند. تلاش برای خوابیدن، منجر به افزایش فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک می‌شود که با خواب، سازگار و همخوان نیست. به عبارت دیگر فرد دچار بی‌خوابی، تلاش زیادی به خرج می‌دهد که به خواب رود و به همین علت تنش بیشتری را تجربه می‌کند که در خواب وی پیش از پیش مداخله می‌نمایند (نعمت الله زاده، ۱۳۷۰).

توجه‌شناختی بی‌خوابی نیز بر افکار مزاحم و ناخوانده<sup>۳</sup> تاکید می‌نماید. عقیده بر این است که برخی از شناختهای منفی و نگران کننده افراد بر فرآیند به خواب رفتن آنها اثرات سوئی برجا می‌گذارد. در واقع، شناختهای منفی و نگران کننده بر فرآیند به خواب رفتن آنها اثرات سوئی بر جا می‌گذارد. تجربه افکار نگران کننده، غیرقابل کنترل و شدید در زمان خوابیدن دستگاه عصبی مرکزی (CNS) را تحریک و فعال نموده و خوابیدن را با وقفه مواجه می‌سازد.

شیوه‌های درمانی مرتبط با بی‌خوابی: به منظور بکارگیری شیوه‌های درمانی مرتبط با

<sup>۱</sup> - operant learning

<sup>۲</sup> - discriminative stimuli

<sup>۳</sup> - intrusive Thoughts

بیخوابی بالینگران باید شناخت کافی از نوع و شدت بی خوابی به دست آورند. به همین دلیل طرح درمان را در دو مرحله مورد بررسی قرار می دهیم.

۱) ارزیابیهای اولیه مرتبط با بیخوابی

الف) مراجعین افکار قبل از به خواب رفتن خود را در پنج وضعیت می بایست برآورد کنند

- آیا افکار آنها واقعی است یا غیر واقعی؟

- آیا افکار آنها قابل کنترل است یا غیر قابل کنترل؟

- آیا افکار آنها تکراری است یا غیر تکراری؟

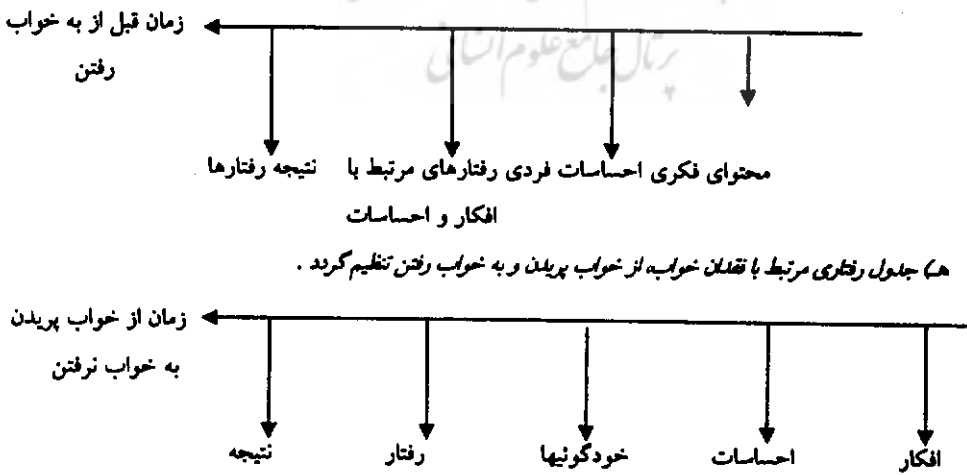
- آیا افکار آنها خوشایند است یا ناخوشایند؟

- آیا افکار آنها اضطراب برانگیز است یا اضطرابی ایجاد نمی کند؟

ب) اسندهای مراجعین مورد سنجش قرار گیرد.

ج) محتوای افکار مراجعین مبنی بر مثبت یا منفی بودن به خواب رفتن باید روشن گردد.

د) جدول رفتاری مرتبط با رویدادهای قبل از به خواب رفتن تنظیم گردد.



با تکمیل موارد مذکور می توان پی برد فرد بی خواب، جزء کدامیک از دسته های مرتبط با توجیه رفتاری - شناختی است. چنانچه مراجع در دسته اول از توجیه رفتاری قرار داشته

باشد آموزش آرامش<sup>۱</sup>، کمک کننده است. اگر مراجع جزء دسته دوم از توجیه رفتاری باشد، کنترل محرک<sup>۲</sup> و حذف عادات کمک کننده است. چنانچه مراجع جزء گروه سوم از توجیه رفتاری باشد، کنترل محرک و قصد متضاد اثر بخش است و اگر با توجیه شناختی همسازی بیشتری داشته باشد، روشهای بازسازی شناختی<sup>۳</sup>، قصد متضاد، اصلاح خودگوییها و درمان اسنادی<sup>۴</sup> به همراه شیوه‌های رفتاری کمک کننده خواهند بود.

## ۲) اعمال شیوه‌های درمانی

الف) آرام‌سازی یا آموزش آرامش، روشی است که کاربرد آن در درمان بی‌خوابی بیش از هر روش دیگری مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است. با این توجیه، مراحل آرام سازی را به صورتی مفصل مورد توجه قرار می‌دهیم (هامبلی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹) برای یادگیری ریلکس موارد زیر ضروری است:

- ۱) فضای آرامی را انتخاب کنید.
- ۲) در صندلی راحتی یا گاهی رختخواب قرار بگیرید.
- ۳) هوای اتاق باید ملایم (نه سرد و نه گرم) باشد.
- ۴) وقت اجرای جلسه‌ها را تنظیم کنید (حداقل ۲۰ دقیقه در هر بار تمرین)
- ۵) صداهای خارجی را کنترل نمایید. به همین دلیل در ساعاتی تمرین کنید که در آن زمان سر و صدا وجود ندارد.
- ۶) چشم‌ها را به آرامی ببندید. دقت شود که در این لحظه با بدن خود مشورت کنید و دمای آنرا در نظر بگیرید؛ چرا که فضای سرد باعث می‌گردد موفقیت در ریلکسیشن به حداقل برسد. دقت کنید که دست‌ها، پاها، سر و کمرتان در موقعیت راحتی قرار گرفته باشند.
- ۷) به طوری منظم و آهسته نفس بکشید، و تلاش کنید که آرام بگیرید.
- ۸) با رعایت هفت قدم اول، امکان شروع تمرین‌های ذیل میسر است:

<sup>۱</sup> - Relaxation

<sup>۲</sup> - Stimulus Control

<sup>۳</sup> - Cognitive restructuring

<sup>۴</sup> - Attribution therapy

<sup>۵</sup> - Hamblly

الف) ماهیچه های خود را به نوبت سخت کرده و سپس شل کنید. در سخت کردن عضلات افراط نکنید. از مشت دست راست شروع کنید. مشت خود را سفت کرده و یک دفعه رها کنید. از احساس فشار و رهایی در دست خود احساس لذت کنید. فشار را به شانه‌ها منتقل کنید. در زمان سفت و شل کردن بدن به وضعیت مذکور توجه کنید. سپس گردن خود را به عقب کشیده و سفتی عضلات گردن را حس کنید. احساس فشردگی مانند مواقعی است که فشار روانی را حس می کنید. پس از سفت شدن عضلات، آنها را یکباره شل نمائید. پس از شانه‌ها، شکم را با کشیدن به داخل لاغر کرده و بعد یکباره رها کنید. احساس فشار و آرامش را تجربه نمائید. احساس آرامش را در این لحظه در گردن خود حس کنید و نفس آرام و عمیقی بکشید.

پس از شانه‌ها و شکم، ماهیچه‌ها و عضلات صورت را سفت و شل کنید. دندانها را بر هم فشرده و بعد شل نمائید. در مراحل آخر، عضلات پاها را سفت کرده و سپس شل کنید. دقت نمائید که سفت کردن اندام‌ها چند ثانیه طول بکشد و آرام کردن آنها نیز کمی ادامه یابد

ب) پس از سفت و شل کردن بدن و عضلات آن، به تنفس خود توجه کنید. به آرامی هوا را دریدن وارد کرده و به آرامی خارج کنید. تنفس شما باید آنقدر آرام باشد که در هر دقیقه ۶ تنفس انجام دهید. تمرکز خود را بر تنفس و وضعیت اندام‌ها قرار دهید. این کار به شما کمک می کند که آرام بمانید. بهتر است آن را تا وقتی ادامه دهید که آرامش ذهنی پیدا کنید. در این لحظات به آرام بودن فکر کنید. به چیزهای خوشایندی که باعث راحتی شما می‌شود. مثلا تمرکز بر تصویر یک منظره‌ی خوشایند یا یک مسافرت دلپذیر یا هر چیزی که دوست دارید. هنگامی که کاملا آرامش یافتید، با سه شماره به دنیای واقعی برگردید: سه، دو، یک، تمام. اگر آرامش یابی به این طریق مشکل است، صدایان را با توجه به سرعت دلخواهی که می‌خواهید ضبط کنید و در زمان تمرین به صدایان گوش دهید. سعی کنید تمریناتی را که انجام می دهید کمتر از ۲۰ دقیقه نباشد.

ج) برای تنفس صحیح و عمیق سعی کنید عضلات شکم را آرام نموده و از دیافراگم تنفس کنید. برای اینکه تنفس مورد نظر عادت شما گردد بهتر است در هنگام نگاه کردن به تلویزیون یک دست خود را بر روی شکم قرار دهید و یک دست را بر روی سینه بگذارید. تنفس شما باید طوری باشد که سینه شما ثابت و شکم شما از هوا پر گردد. در این وضعیت بمانید و تلاش کنید به آرامی نفس بکشید. هر دفعه برای دقایقی این کار را انجام دهید. به



خودتان فشار نیاورید. این کار را در اتوبوس، تاکسی، قطار، مهمانی و تجمع‌ها انجام دهید. در زمان تنفس، تصویری مثبت از خود در ذهن مجسم کنید. با تمرین می‌توانید وضعیت مذکور را به یک عادت تبدیل نمائید. و در موقع لزوم (زمان تنش) از مهارت خود در آرامش‌یابی استفاده کنید.

ب) کنترل محرک: همانگونه که تصریح گردید فرضیه‌های پیرامون کنترل محرک برآنند که بستر و محیط اطراف آن، علامتی شده است که فرد را در خوابیدن دچار مشکل می‌سازد. هنگام خوابیدن، توجه فرد معطوف به دیگر فعالیتهایی می‌شود که با خواب همخوان نیستند. بنابراین مراجع باید برای رفتن به بستر، از به خواب رفتن به عنوان تقویت استفاده کند. **ویژگیهای برنامه کنترل محرک در زیر آورده شده است (لیندزی و پاول، ۱۳۷۸):**

- در بستر از فعالیتهایی که ناهمخوان با خواب هستند، نظیر گوش دادن به رادیو، دیدن تلویزیون یا خوردن چیزی خود داری کنید.
  - از اتاق خواب باید برای خوابیدن استفاده شود.
  - قبل از اینکه احساس نیاز به خوابیدن بروز کند، به بستر نروید.
  - اگر طی ۱۰ دقیقه قادر به خوابیدن نبودید، باید بستر خود را ترک کنید و تنها باید هنگامی مجدداً به سمت بستر رفت که آمادگی خوابیدن وجود داشته باشد.
  - اگر مجدداً نتوانستید به خواب روید مرحله قبلی را تکرار کنید.
  - محل خواب باید مناسب انتخاب شود (محل بی سر و صدا با هوای مناسب)
  - هر روز باید در یک ساعت معین با صدای زنگ ساعت بیدار شد.
  - در طی روز نباید خوابید.
  - قبل از خواب نباید کافئین مصرف کرد یا سیگار کشید.
  - بررسیهای انجام شده نشان می‌دهد که درمان از طریق کنترل محرک در کاهش تاخیر شروع خواب موثر می‌باشد (پودر و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳).
- ج) قصد متضاد<sup>۲</sup>:

قصد متضاد یا متناقض شیوه‌ای است که ابتدا در زمینه‌ی معنا درمانی به وجود آمد. این

<sup>۱</sup>-Puder & et.al

<sup>۲</sup>-Paradoxical intention

روش نام خود را از این واقعیت می‌گیرد که مراجع از سوی درمانگر آموزش می‌بیند تا رفتاری را انجام دهد که به نظر می‌رسد با اهداف درمانی متضاد یا متناقض است (آشر،<sup>۱</sup> ۱۹۸۰). این روش برای برطرف ساختن نگرانیها و اندیشه‌های مزاحم مبتلایان به بی‌خوابی طرح شده است. فردی که ناتوان از به خواب رفتن است، سعی می‌کند تا آنجا که ممکن است بیدار بماند. از آنجا که مراجع انتظار دارد تا شیوه‌های درمانی به او کمک کند تا به خواب برود، آموزش درمانگر با خواست او ناهمساز می‌نماید. به طور نوعی، جهت ناهمسازی متوجه آن است که رفتار به گونه‌ای حفظ شود که مراجع در آغاز شرح می‌دهد یا می‌کوشد تغییر دهد. چنین مطرح شده است که یکی از مهمترین جنبه‌های متمایز این روش، طنز است. به این معنا که قصد متضاد که ذاتا طنز آمیز است، نوعا در زمینه‌ای اجرا می‌شود که آن نیز طنز آور است. فرض بر این است که افرادی که از مشکلی شکایت دارند که در نظرشان زندگی آنان را تهدید می‌کند (در حالی که در واقع چنین نیست) قاطعانه از راهبردهای دفاعی که برای حمایت از خود اتخاذ کرده‌اند استفاده می‌کنند و این راهبردها احتمالا نشانه‌های ناراحتی را تشدید می‌نمایند. در صورتی که مراجع بتواند نگرشی ملایمتر در مورد مشکل خود پیدا کند، با احتمال بیشتری به پیامدهای همکارانه و انعطاف پذیر دست می‌یابد.

#### د) فرونشانی لفظی

این روش برای کنترل افکار ناخواسته‌ی مبتلایان به بی‌خوابی پیشنهاد شده است. ازدید روانشناسان شناختی، افکار ناخواسته‌ی پیش از خواب، باعث بی‌خوابی می‌گردد. بازنیاستادن فعالیت مغزی (اشتغال فکری) شکایت معمول افراد بی‌خواب است.

لوی و همکارانش<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) معتقدند که اگر این فعالیت ذهنی متوقف شود خواب طبیعی امکان پذیر خواهد شد. با توجه به اطلاعات مراجعین، درمانگران توضیحی در مورد این روش می‌دهند مبنی بر اینکه اگر بتوانند ردیف کوچکی از کلمات را به میزان مناسب تکرار کنند مانند کلمه‌ی تک هجایی «آن»، می‌توانند افکار مزاحم و ناخواسته خواب را متوقف سازند. ردیف کوتاهی از هجاهای بی‌معنی وجود دارد که برای این کار کمک کننده می‌باشند به شرط آنکه بار معنایی برای مراجع کننده نداشته باشند.

<sup>۱</sup> - Asher

<sup>۲</sup> - Levey & et. al

توصیه گردیده است که افراد مطابق شرایط خود هر قدر می‌خواهند این کلمات را تکرار کنند اما ۳ تا ۴ بار تکرار در ثانیه مفید خواهد بود. تکرار کلمه‌های تک هجایی آنقدر باید تکرار شود تا مراجع به خواب برود (نعمت ا... زاده، همان ۱۳۷۰).

ه) تغییر عبارتهای درونی<sup>۱</sup>

مطابق نظر نیسر<sup>۲</sup> (۱۹۶۷)، به نقل از لوی و همکاران، (۱۹۹۱) گفتار درونی جمله‌های آشکار یا پنهانی هستند که افراد در مورد یک رویداد و یا معنای آن به خود می‌گویند. نقش گفتار یا عبارت درونی در فعالیتهای ذهنی به گونه‌ای است که توجه را معطوف به فعالیت ذهنی نگه می‌دارد. زیرا این عبارتها تحت کنترل و راهنمایی خاطراتی هستند که قبلاً ذخیره شده اند و از درون‌داد شناختی کنونی مستقل می‌باشد. از دید «نیسر» این گفتارها، پدیده‌های شناختی نازلی هستند زیرا به آن موقعیت خاص مربوط می‌باشند و از لحاظ مفهومی، به نظر می‌آید محدود هستند. عبارت درونی یکی از اشکال تفکر خودکار است که در آن، جمله‌هایی که در اصل به صورت آشکار بیان می‌شدند به طور پنهان در ذهن بیان می‌شوند و سپس بدون هشاری آگاهانه حذف و محو می‌گردند. برای مثال فردی که مبتلا به بی‌خوابی است ممکن است به هنگام خوابیدن با خود چنین بیاندیشد که «نکنند خوابم نبرد»، «نکنند در موقع خواب سکنه کنم»، «نکنند دوباره کابوس ببینم»، «هیچکس درد مرا ندارد»، «هیچکس نمی‌فهمد که من چقدر زجر می‌کشم».

به منظور تغییر عبارات درونی سه مرحله را باید پشت سر گذاشت:

الف) مشاهده خود که در آن، فرد از آنچه به خود می‌گوید آگاهی می‌یابد.

ب) تولید آن‌گونه گفتارهای درونی که با گفتارهایی که حذف آنها مورد نظر است ناهم‌سازند و نیز تولید گفتارهای درونی جانشین گفتار اولیه.

ج) ارزیابی شخص از گفتارهای درونی جدید خود و نشان دادن واکنش نسبت به آنها و تغییرات بعدی در آنها.

<sup>۱</sup> - Self- statement

<sup>۲</sup> - Neisser

## منابع

- نعمت الله ولید کاظم (۱۳۷۰). بالینی مداخله‌های رفتاری و شناختی درمان بی خوابی. پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۱، شماره ۱ و ۲ پاییز و زمستان.

لیندزی اس جی لی و پارلر جی لی (۱۳۷۸). «روانشناسی بالینی بزرگساله: فرایند تشخیص و درمان». مترجم محمد رضا نائینیان. نشر درج.

- Asher, L.M. (1980). Paradoxical intantion . In A. Goldstein & E. B. Foa(Eds), "Handbook of behavioral metervention: A clinical guide", New York: wiley.
- Hobson, J. A. (1989). "Sleep" New York : Freeman.
- Hambly, K(1989). " How to improve your confidence". Sudha Pub.
- Levey, A. B., Akhaz, J.A., watts, F.N.& Coyle, K. (1991). " Articulatory Suppression and the treatment of insomnia". BehaRes Theral, PP 88-89
- Puder, R., Lacks, P., Bertelson, A. D. & storandt, M. (1983). " short- term Stimulus control treatment of insomnia in older adults" . Beha thera 14:424-4
- Webb, W. B (1992) " Sleep the gentletyrant" (2 nded). Bolton, MA : Anker.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی