

اثربخشی شیوه درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر روی کم خوابی نوع اول شب

طاهره رنجبری پور^۱، کیانوش هاشیمان^۲، حسن احدی^۳، حسین رضابخش^۴، نورعلی فرخی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

تاریخ وصول: ۹۲/۱۲/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شیوه درمانی EMDR که توسط فرانسین شاپیرو (۱۹۹۸) مطرح شده بر روی کم خوابی نوع اول شب، اجرا شده است. به منظور آزمون فرضیه های پژوهش از طرح علی مقایسه ای استفاده شد. نمونه شامل ۶۰ نفر بیمار مبتلا به کم خوابی از نوع اول شب، در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال و محدوده تحصیلی دیپلم تا فوق لیسانس از هر دو جنس (۳۰ زن و ۳۰ مرد) بودند. که با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. به منظور طبقه بندی و تحلیل داده ها از آزمون t تست و کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش EMDR تفاوت معنی دار است که اثربخشی این روش را نشان می دهد. همینطور بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه شناختی رفتاری تفاوت معنی داری بدست آمد که

۱. دانش آموخته دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، (نویسنده مسئول)

tranjbaripour@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه الزهرا hashemian@pcorian.com

۳. استاد دانشگاه علامه طباطبایی or.ahadi1@yahoo.com

۴. استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج hrezabakhsh@alzahra.ac.ir

۵. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی farrokhi@atu.ac.ir

اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری را در بهبود کم‌خوابی نشان می‌دهد. ولی تفاوت بین گروه شناختی رفتاری و EMDR معنی‌دار نبوده است. یعنی می‌توان روش درمانی EMDR را بعنوان درمانی با اثربخشی یکسان با CBT در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد، درمان شناختی- رفتاری، کم‌خوابی اول شب.

مقدمه

با توجه به کم‌خوابی در مردم جوامع مختلف و اثرات زیانباری که کم‌خوابی بر روند زندگی، سلامتی و ایجاد بیماری‌های مختلف می‌گذارد، محققان درصدد تعیین اثربخشی یک روش درمانی برای کم‌خوابی‌های اول شب که بیشتر اساس روانشناختی دارند برآمدند. تحقیقات مختلف به اثرات زیانبار کم‌خوابی اشاره داشته‌اند، از جمله تحقیقی که در مجله آکادمی ملی علوم به چاپ رسیده است و در این تحقیق به ارتباط مستقیم کم‌خوابی با افزایش الزایمر اشاره دارد. زیرا عدم خواب کافی روند تولید سلول‌های جدید مغزی را متوقف می‌کند. در واقع کم‌خوابی هیپوکامپ را که مسئول شکل‌دهی به حافظه است را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

تاکنون این تفکر که بد‌خوابی یک علامت است تا علت بیماری مغزی، آنقدر قوی بوده که هیچ‌کس آن را مورد سوال قرار نداده بود. رابرت استیگلر^۱ که از محققان خواب دانشگاه هاروارد است می‌گوید خیلی راحت است که در مورد یک بیمار بگوییم، او افسرده یا اسکیزوفرن است و خوب هم نمی‌خوابد، ولی هیچوقت از خودمان نمی‌پرسیم، که شاید این ارتباط درست برعکس تصور ما باشد.

در مطالعه‌ای که مت واکر^۲ (۲۰۰۹) از دانشگاه کالیفرنیا و همکارانش انجام دادند، به افراد مختلف تصاویری از صورتهایی که حالات هیجانی مختلف مانند ترس، عصبانیت، غم و

1. Stiegler, Robert

2. Mat Waker

در تحقیقی که توسط چمتوب^۱ در ۲۰۰۳ برای از بین بردن ترسهای کودکان صورت گرفت، نتایج نشان داد نسبت به دارو درمانی، این روش درمانی، قابل توجه است (لوت، جون ۲۰۰۷)^۲.

در واقع اثراتی که این روش بر روی خواب REM^۳ می‌گذارد باعث می‌شود، حرکات چشم به طور فیزیولوژیکی حرکات عصبی در مغز را برانگیخته نماید. کاری که باید در ابتدا انجام داد، این است که کنشهای قشر مخ را که لازمه پردازش مسائل آشفته کننده می‌باشد تحریک کنیم. که توسط EMDR می‌توانیم بر روی این تحریکات اثر گذاریم. توجه متناوب به کار برده شده در EMDR ممکن است منجر به تسریع در یکپارچگی عملکرد خاطره و تاثیرات سازگارانه گردد. تحقیقات بسیاری بر روی کارآمدی EMDR در بهبود مشکلات ناشی از استرس و کاهش تاثیرات خاطرات ناشی از تجاوز به عنف صورت گرفته است.

فرضیه‌های پژوهش در این تحقیق عبارتند از: ۱- تفاوت پس‌آزمونهای گروه شناختی رفتاری در زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار است. ۲- تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه شناختی رفتاری از نظر آماری معنی‌دار است. ۳- تفاوت بین گروه آزمایش EMDR و گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار است. ۴- تفاوت بین گروه آزمایشی شناختی رفتاری و EMDR از نظر آماری معنی‌دار نیست.

روش پژوهش

در این تحقیق از طرح دو گروهی آزمایش با گروه کنترل استفاده شد، دو گروه آزمایش شامل ۱- گروه EMDR ۲- گروه شناختی رفتاری ۳- گروه کنترل که هیچگونه درمانی در مورد آنها اعمال نشد.

1. Chemtob, Claude M
2. Lovett, Joan
3. Rapid Eye Movement

این مراحل در ۶ جلسه اجرا شد که تنها جلسه ۵ گروهی و بقیه بصورت فردی اجرا شدند بعد از جلسه پنجم ۱۵ روز بعد، جلسه گروهی برای نظارت بر اجرای صحیح روش EMDR صورت گرفته و مجدداً ۷۵ روز بعد طی تماس با گروه نمونه از اعضاء خواسته شد در طی ۱۰ شب متوالی میانگین زمان به خواب رفتن خود را ثبت نمایند. و جلسه ای جهت دریافت داده‌های بدست آمده بعد از ۱۰ روز تشکیل شد.

گروه آزمایش شماره ۲ (گروه درمان شناختی رفتاری):

۱- مرحله تاریخچه فردی، طرح درمانی، اطلاعات جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، سابقه کم خوابی).

۲- آموزش ثبت داده های مربوط به زمان به خواب رفتن در طی ۱۰ شب متوالی و ثبت میانگین این ۱۰ شب.

۳- تحلیل عملکرد (اینکه چگونه افکار، احساسات و موقعیتها، نوع تغذیه و عملکرد روزانه فرد می تواند باعث کم خوابی شوند).

۴- تاکید بر رفتارها، یادگیری و تجربه مهارتهای جدیدی که می تواند در بهبود کم خوابی موثر باشد (ورزش بعد از ظهر، تمرین آرامش دهی عضلانی هنگام خواب، برنامه ریزی هر شب برای فردا، خسته کردن چشم ها هنگام خواب با مطالعه و توجه به الگوهای ناهنجار رفتاری و عاداتهای غلط مثل تلویزیون، کامپیوتر، ورزش، مصرف چای و مایعات زیاد قبل از خواب، عاداتهای غلط غذایی مثل مصرف کم مواد حاوی سروتونین، گرمای زیاد اتاق خواب و بررسی افکار ناکارآمد و غلط که مانع به خواب رفتن فرد می شود.

به منظور طبقه بندی داده ها از نرم افزار SPSS و به منظور تحلیل داده ها از آزمون t استیودنت برای دو گروه مستقل و کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴. آزمون t مستقل

F(max)	sig	t	df	sig
۲/۵۱	۰/۶۱۵	۳/۰۲۲	۳۸	۰/۰۰۴

میزان کم خوابی اول شب در بین آزمودنی‌های گروه CBT و گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان می‌دهد.

فرضیه شماره ۳: بین اثر بخشی درمان EMDR و CBT بر بهبود کم خوابی اول شب تفاوت وجود دارد.

جدول ۵. شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به گروه EMDR و گروه CBT

گروه	تفاوت میانگین	میان	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	حد اقل	حد اکثر
CBT	۰/۹۵	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۶۲۶	۰/۷۵۴	۰/۷۴۳	۰	۲/۵
EMDR	۱/۰۵۶	۲/۰۰	۲/..	۰/۷۴۱	۰/۵	۰/۱۵۵	۰/۵	۳/۵

جدول ۶. آزمون t مستقل

F(max)	sig	t	df	sig
۱/۴۱	۰/۹۴۱	-۱/۰۱	۳۸	۰/۱۲۴

بین میزان کم خوابی در گروه EMDR و گروه CBT تفاوت معناداری وجود ندارد. فرضیه فرعی: میزان اثربخشی درمان EMDR بر بهبود کم خوابی اول شب در زنان و مردان متفاوت است.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایشی EMDR در بین زنان و مردان در مرحله

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حد اکثر	تعداد
EMDR	پیش آزمون	زنان	۱۴/۱۵	۰/۷۰۹	۱۳	۱۵/۵	۲۰
		مردان	۱۵/۰۵	۱/۰۳۹	۱۴	۱۷	۲۰
	پس آزمون	زنان	۱۲/۲۵	۱/۰۶۰	۱۱	۱۴/۵	۲۰
		مردان	۱۲/۹۰	۰/۸۴۳	۱۲	۱۴	۲۰

یافته‌های حاصل از بکارگیری روش درمانی EMDR در مقایسه زنان و مردان حکایت از اثربخشی یکسان بین دو گروه دارد. با بررسی مقایسه‌ای گروه آزمایشی EMDR و کنترل (بدون درمان) مشخص شد روش درمانی EMDR در وضعیت اثربخشی می‌باشد. در این مقایسه بخوبی اثر آن را نسبت به بی‌درمانی نشان می‌دهد. فرانسیس شاپیرو^۱ در تحقیقات خود در رابطه با اختلالات خواب به نتایج یکسانی دست یافته. او می‌گوید در EMDR سه جریان مهم اتفاق می‌افتد ۱- رویدادهای گذشته مرور شده ۲- اثربخشی این رویدادها کاهش یافته ۳- و در نهایت از درون این رویدادهای منفی رویدادهای مثبت برای کمک به مراجع بیرون کشیده می‌شود.

جیمی ماریچ^۲ این روش را به دلیل سادگی و بکارگیری سهل‌تر آن توسط مراجع، در مقایسه با روشهایی با اثربخشی یکسان پیشنهاد می‌کند.

فرضیه آخر به اثربخشی این روش اشاره دارد. با مقایسه زمان به خواب رفتن افرادی که هنوز مورد درمان EMDR قرار نگرفته بودند. و همین گروه بعد از ماهها درمان با این روش نتایج، متفاوت بین بعد و قبل از درمان را نشان می‌دهد.

البته با توجه به اثر متغیرهایی چون رویدادهای موقعیتی، تغییر شرایط کاری روزمره، تلقین پذیری فرد ... که همگی می‌تواند بر نتیجه این تحقیق موثر باشند، نتایج قابل توجه و بحث است.

طبق طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب دومین چاپ (ICSD-2) علل بی‌خوابی به یازده طبقه تقسیم می‌شود. که ما تنها سعی کردیم بی‌خوابیهای ناشی از مسائل روانشناختی را غربال کنیم. با این حال دیگر بی‌خوابیها چون بی‌خوابی سازگارانه^۳، بی‌خوابی متناقض، بی‌خوابی ناشی از اختلالات فیزیکی و غیره همگی می‌تواند با بی‌خوابی روانشناختی تداخل داشته باشد، بنابراین لازم است در بررسی بی‌خوابی به این عوامل و تاثیر مداخله‌کننده آنها

-
1. Francin Shapiro
 2. Jamie Marich
 3. Adjustment insomnia

توجه داشت. این مورد یکی از محدودیتهای اساسی این تحقیق می باشد از دیگر محدودیتها می توان به متغیرهایی که در طول تحقیق بر روند درمان موثر بوده و گاه محقق را به اشتباه می اندازد ، که آیا نتیجه تحقیق ناشی از اجرای متغیر مستقل بوده یا متغیر تعدیل کننده دیگر، مواردی چون تغییر عاداتها ، بهبود وضعیت روانی، و عوامل دیگر غیر از EMDR باید مورد توجه قرار گیرند.

با توجه به موارد فوق لازم است این تحقیق با کنترل بیشتر متغیرهای مداخله گر و افزایش نمونه و در عین حال همسان سازی نمونه ها مجدداً تکرار شده تا نتیجه این تحقیق با احتمال بالاتری مورد توجه قرار گیرد. با توجه به نتیجه این تحقیق پیشنهاد می شود از این روش در کنار روشهای شناختی رفتاری که در تحقیق ما اثربخشی یکسانی با EMDR را نشان می دهد، بکار گرفته شود. و بکارگیری EMDR بدون توجه به عوامل و متغیرهای اشاره شده، می تواند اثربخشی آن را در بهبود کم خوابی مورد سؤال قرار دهد. این روش در عین سادگی اثربخش بوده ولی برای، قطعیت در اثربخشی آن بهتر است از روش CBT در کنار این روش درمان استفاده شود، تا افکار ناکارآمد که باعث مزمن شدن بی خوابی شده و ریشه های مشکل را تشکیل می دهد، همراه با تمرینات EMDR بر اثربخشی آن بیفزاید.

محدودیتها و پیشنهادها

در مطالعه حاضر محدودیتهایی از نظر روش شناختی وجود داشت که مهمترین آنها عبارتند از محدودیت فرآیند انتخاب آزمودنیها ، کم بودن حجم نمونه ، امکان نظارت مستقیم بر انجام تمرینات کاملاً وجود نداشت ، بسیاری متغیرها می توانست به بهبود موقت فرد منجر شود، که ربطی به EMDR نداشت.

به محققین پیشنهاد می شود که با استفاده از طرحهای چند گروهی به مقایسه اثربخشی مداخله های مختلف پردازند. با استفاده از مطالعات فراتحلیلی اندازه اثر مداخله های مختلف را

بررسی کنند. با استفاده از نمونه های بزرگتر این تحقیق میتواند مجددا صورت گیرد. این روش درمانی در کنار دیگر روشها به کار گرفته شود، تا اثربخشی آن نمود بیشتری پیدا کند.

منابع

- ولز، آدرین. (۱۳۸۹). فراشناخت درمانی. ترجمه مهدی اکبری. تهران: انتشارات ارجمند (۲۰۱۱).
- پورچاسکا، جیمز. (۱۳۸۵). نظریه روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد (۱۹۹۹).
- جودیت، اس بک. (۱۳۹۱). شناخت درمانی برای بیماران مشکل آفرین. مترجم حسن حمیدپور. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی (۲۰۱۱).
- ریلی، پاتریک. (۱۳۹۰). مدیریت خشم بر اساس رویکرد شناختی رفتاری. ترجمه فرزاد نصیری. تهران: انتشارات ارجمند (۲۰۰۳).
- صادق نسب، خسرو. (۱۳۸۷). روشهای نوین تشخیص اختلالات خواب. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- وایسمن، میرنا. (۱۳۹۱). روان درمانی بین فردی: راهنمای سریع برای درمانگر. مترجم مهدی داداشی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند (۲۰۰۷).
- نجفی، محمدرضا. (۱۳۸۴). اختلالات خواب. اصفهان: ناشر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

- Bergman U(2012). Neuobiological fundations for EMDR practice.
- Brony T(2008). Several sleep disorders Reflect cender difference.
- Brony T(2008).Insomnia- sleeplessness, chronic insomnia, acute insomnia: a, mental ... director marticless, Retrieved no.
- Joanne J(1999).Re: EMDR and childhood Anxiety.
- Lovett J(2007). small wondels, Healing childhood trauma with EMDR.
- Lubber M(2009). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) scripted protocols, Basics and special situations.
- Mariberger B(2006). EMDR essentials A Guide for clients and Therapists.
- Marich J(2011). EMDR Made simple: Approaches to using EMDR with every client.
9. Scott O. Hall L. Hall. EMDR,2008, Taking a closer look.
- Shapiro F(1998). EMDR: “the break through, Eye movement” therapy for overcoming Anxiety, stress and trauma.
- Sweet, C. (2010). change yourr life with CBT. Robert P. Brien O, Resocial Phobia & EMDR

Roth, T(2007). Brain Basics, Understanding sleep: National institute of Neurological Disorder and stroke (NINDS).
Roth T(2007). Insomnia: Epidemiology, characteristics and consequences, Timothy Rehrs, clinical corner stone, no 3 (2004-02-25): 5-15.

