

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. همچنین 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 شکل دهی به حافظه است را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

تاکنون این تفکر که بد خوابی یک علامت است تا علت بیماری مغزی، آنقدر قوی بوده که هیچ کس 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

خوشحالی را بروز می دادند نشان دادند و از آنها خواستند تا به مقدار هیجان موجود در این صورتهای امتیاز دهند، در واقع شرکت کنندگان در شرایط کم خوابی، نسبت به چهره های عصبانی و ترسناک حساس تر بودند. و بعد از خوابیدن واکنش هیجانی آنها به چهره ها خفیف تر بود. و نسبت به چهره خوشحال پذیراتر بودند، و اگر نتیجه گرفت که خواب کم می تواند واکنشهای هیجانی، را کاهش دهد.

شواهد زیادی بیان می کند که کم خوابی می تواند حمله های مانیا را در افراد مبتلا به اختلالات دو قطبی تحریک کند (روت، توماس ۲۰۰۴).^۱ گروه دیگر از مطالعات نشان می دهد که خواب کافی به پردازش خاطرات در مغز کمک می کند.

از سوی دیگر شواهد پژوهشی متعدد با مقایسه افرادی که خواب نرمال داشتند و افراد کم خواب به نتایجی دست یافتند، مانند، در افراد دچار کم خوابی مواردی چون فشار خون بالا، میزان بالاتر افسردگی و اضطراب نمرات بالاتر در مقیاسهای برانگیختگی، زمان طولانی تری از خواب نهفته، سوخت و ساز بیشتر در ۲۴ ساعت دیده می شود (همان منبع).

همه این موارد محققان را بر آن داشته تا روش درمانی EMDR^۲ را در مورد افرادی که دچار کم خوابی از نوع روانشناختی و اول شب هستند به کار ببرند. با توجه به اینکه کم خوابی معمولاً نتیجه ای از یک تعامل عوامل بیولوژیکی، فیزیکی و روانشناختی و محیطی است ولی بی خوابی مزمن فقط در اشخاص رخ می دهد که در زمینه ژنتیکی داشته باشند.

سالها قبل توجه خاص به روش درمانی EMDR برای بسیاری از اختلالات که پایه آنها را اضطراب تشکیل می داد، صورت گرفت. این روش درمانی توسط فرانسیس شاپرو مطرح شد. در ابتدا این روشها تنها برای بیماران مضطرب و اختلال PTSD بکار می رفت. ولی در سالهای اخیر برای از بین بردن ترسهای غیر منطقی، اثرات داغدیدگی، از بین بردن خاطرات تلخ بسیار کاربرد داشته است.

1. Roth, Thomas

2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

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

جامعه تحقیق کلیه افرادی بود که از کم خوابی اول شب رنج می بردند. در مصاحبه مقدماتی نمونه هایی که کم خوابی به دلایل طبی داشتند، حذف شدند. نمونه تحقیق شامل ۶۰ نفر از هر دو جنس بوده (۳۰ زن و ۳۰ مرد) که توسط نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در نهایت ۶۰ نفر در حیطه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال انتخاب شدند که دچار کم خوابی مزمن بودند. محدوده تحصیلی دیپلم تا فوق لیسانس بوده که، بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

در این تحقیق از افراد خواسته شد ساعت به خواب رفتن خود را در طول ۱۰ شب متوالی ثبت نمایند. که میانگین این ساعات زمان به خواب رفتن این افراد تلقی شد. پس متغیر مستقل (EMDR) اعمال شده و در نهایت بعد از ۳ ماه انجام این روش، با یک گروه و درمان شناختی رفتاری با گروه دیگری مجدداً ساعت به خواب رفتن در طی ۱۰ شب متوالی ثبت شد و در نهایت با گروه کنترل که هیچ درمانی در مورد آنها اعمال نشده بود، مورد مقایسه قرار گرفتند.

گروه آزمایش شماره ۱ (گروه درمان EMDR):

- ۱- ثبت تاریخچه فردی، طرح درمانی، اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کم خوابی) ۲- تفکیک شرایط پزشکی از شرایط روانشناختی منجر به کم خوابی (انتخاب نمونه) ۳- آموزش چگونگی ثبت داده های مربوط به زمان به خواب رفتن در ۱۰ شب متوالی بعد از حذف نمونه هایی با کم خوابی ناشی از شرایط طبی ۴- آموزش آرامش دهی عضلانی پیشرفته ۵- یاد آوری مطالب و یا خاطرات تکراری و ناراحت کننده که هر شب مانع خواب فرد می شود ۶- حرکت چشمها با سرعت، در حالت بسته و تاکید بر همزمانی باز پردازش و حرکات که مثل یک پاک کن عمل کرده و خاطرات را کم رنگ و کم رنگ تر می سازد(لازم به ذکر است که در بسته اصلی EMDR، این روش درمانی در ۸ مرحله مورد اجرا قرار می گیرد. ولی در این تحقیق، به صلاحدید محقق در ۳ مرحله آرامش دهی، باز پردازش و حرکات چشم اجرا شد) ۷- ثبت داده های مربوط به میانگین زمان شروع خواب در طی ۱۰ شب متوالی (پس آزمون).

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.

ابزار

- ۱- خلاصه ای از بسته آموزشی EMDR که در اختیار گروه آزمایش ۱ قرار گرفت.
- ۲- برگه ای حاوی نکته های آموزشی درمان CBT جهت توجه و تکرار در منزل (برای گروه آزمایش ۲)
- ۳- ابزار نرم افزاری SPSS جهت طبقه بندی داده ها

یافته های پژوهش

فرضیه ۱: روش درمانی EMDR بر بهبود کم خوابی اول شب موثر است.

جدول ۱. شاخص های آمار توصیفی مربوط به گروه EMDR و کنترل

گروه	تفاوت میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	حد اقل	حد اکثر
EMDR	۱/۰۵۶	۲/۰۰	۲/..	۰/۷۴۱	۰/۵	۰/۱۵۵	۰/۵	۳/۵
کنترل	۰/۴۵۰	۰/۵	۰/۵	۰/۳۹۴	-۱/۳۰۸	۰/۱۸۶	۰/۰۰	۱/۰۰

جدول ۲. آزمون t مستقل

F(max)	sig	t	df	sig
۲/۵۲	۰/۷۴	۷/۵۹۲	۳۸	۰/۰۰

میزان کم خوابی اول شب در گروه EMDR به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل بعد از اجرای متغیر میتقل کاهش یافته است.

فرضیه ۲: روش درمانی شناختی رفتاری بر بهبود کم خوابی اول شب موثر است.

جدول شماره ۳: شاخص های آمار توصیفی مربوط به گروه شناختی رفتاری و کنترل

گروه	تفاوت میانگین	میانه	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
کنترل	۰/۴۵	۰/۵	۰/۵	۰/۳۹۴	-۱/۳۰۸	۰/۱۸۶	۰/۰۰	۱/۰۰

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

پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	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

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس سک راهه (آنکوا) مقایسه پیش آزمون- پس آزمون EMDR گروه‌های زنان و مردان با گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۸۰۹/۴۴	۱۱	۱۸۰۹/۴۴	۸۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۷	۱
گروه	۲۰۲۱/۲۲	۱۳	۲۰۲۱/۲۲	۹۶/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۴	۱
خطا	۷۱۲/۶۶	۸	۲۰/۹۶				

بین میزان کم خوابی زنان و مردان در گروه آزمایشی EMDR تفاوت وجود ندارد. میزان تاثیر یا تفاوت برابر ۰/۶۱ است. توان آزمون ۱ بوده است. یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

به منظور بررسی اثربخشی برنامه درمانی EMDR، ۲۰ نفر مورد آموزش با این روش قرار گرفتند و اثر این آموزش بعد از ۳ ماه مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر بیانگر تاثیر این برنامه در بهبود کم خوابی اول شب می باشد. در ضمن این نتیجه با مقایسه ای که با روش درمانی CBT برای بهبود کم خوابی صورت گرفت، اثربخشی این درمان در مقایسه با CBT چشمگیر و قابل توجه نبوده است. یعنی بین این دو روش تفاوت معنی داری بدست نیامد که حاکی از اثربخشی بیشتر یکی از این روشهای درمانی باشد. یافته های حاصل از اجرای CBT در قبل از بکارگیری این نوع درمان و بعد از بکارگیری حاکی از تاثیر مثبت آن در بهبود کم خوابی اول شب می باشد. در تایید مورد فوق پژوهشی توسط ایدنجر در سال ۲۰۰۱ انجام شده است که به اثربخشی CBT در مقایسه با دارونما اشاره کرده است که کاهش ۵۴ درصدی کم خوابی اول شب را در مقایسه با پلاسیبو که ۱۶ درصد بوده نشان می دهد.

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 مجددا 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 سوال 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 کاملا 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). Neulobiological 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.