

原發性失眠症的處遇與治療

林淑君（國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士班）

壹、前言

失眠是許多成人的困擾，依據DSM-IV(APA, 1994)，每一年成人中30%-40%有失眠抱怨；而台灣的調查顯示，國人15歲以上人口失眠的盛行率高達28%，為亞太地區之冠軍(林雅竹，民93)。施議強、侯承伯、馬景野(民90)則指出國內盛行率為15%。雖盛行率的調查結果不一，但都在15%以上，甚至高達40%，為各類精神困擾之冠。失眠症患者其夜間睡眠品質低落，也會連帶的影響其白天的生活品質，包括：心情惡劣及動機減弱；注意力、精力及注意力減少；及增加疲累及虛弱等。

本文擬探討在心理衛生相關專業中，如何協助失眠患者解決其困擾，增進其生活品質。

貳、原發性失眠症的診斷

依精神疾病的診斷與統計第四版(DSM-IV)所定義：「原發性失眠症」的診斷需符合五個準則：

準則A：主要抱怨是有困難進入或維持睡眠，或睡眠無恢復性(nonrestorative)，至少已一個月。

準則B：睡眠障礙(或伴隨之白日疲倦)造成臨床上重大痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能。

準則C：睡眠障礙非僅發生於昏睡症、呼吸關聯之睡眠性疾患、晝夜節律性睡眠疾患、或一種類睡症(parasomnia)的病程中。

準則D：此障礙非僅發生於另一種精神疾患的病程中(如重鬱症、廣泛性焦慮疾患、一種譫妄)。

準則E：此障礙並非由於某種物質使用(如：藥物濫用、臨床用藥)或一種一般性醫學狀況的直接生理效應所造成。

依據DSM-IV的描述，原發性失眠症的患者最常報告同時有難以入睡及睡眠中間歇醒來。有些患者會抱怨睡眠無恢復性，及覺得自己的睡眠不安寧、淺眠，或品質不良。原發性失眠症常在夜間有生理或心理的高度警覺(arousal)，合併對睡眠的不良制約(negative conditioning)。過度專注於不能入睡及所造成的痛苦會帶來惡性循環：越努力想入睡，越覺得挫折及痛苦，也越不能夠睡

著。慢性失眠會減少白天安適感受(如：心情惡劣及動機減弱；注意力、精力及注意力減少；及增加疲累及虛弱)。

雖有許多原因可能會造成失眠問題，包括：精神疾患、一般性醫學狀況、物質使用、環境因素等等；然而還有一種失眠問題，並非上述原因所致，稱為「原發性失眠症」(primary insomnia)。於本文，僅探討「原發性失眠症」(primary insomnia)。

參、藥物治療

Mimeault, & Morin(1999)調查發現，三分之二的失眠症患者，對於非藥物性的處理方式毫無所悉，許多的內科醫生也不知道除了藥丸之外的介入方式，所以只能給藥。而大部分失眠症患者開始接受治療都僅限於藥物治療。

所謂的鎮靜安眠藥(hypnotics and sedatives)的作用主要就在於幫助入睡、維持一定的睡眠時間與避免睡眠過早醒來。一般睡前三十分鐘服用安眠藥後，便會逐漸感覺到藥物的作用，開始哈欠連連，進入入眠(楊淑瑜，2004)。

1910-1970年，Barbiturate(巴比妥鹽)被當作安眠藥。Barbiturate屬於中樞神經抑制劑，因為過去常被濫用，且有依賴性和過量的危險，其治療劑量與中毒劑量間相差很小，故容易因使用不慎而過量，所以目前臨床上少用(Pallesen, Nordhus, Havik, & Nielsen, 2001；楊淑瑜，2004)。而目前臨床上常用的安眠藥則有二十大類：Benzodiazepine derivatives (BZD)及Non-Benzodiazepine derivatives。

1960發展出的BZD一開始被認為不會有依賴性問題，且比巴比妥鹽好因為

較不易中毒。所以在1970年成為最常用的安眠藥。但後來BZD的許多嚴重問題開始被報導：很快發展出藥物耐受性；白天鎮靜，以及認知及動作的遲緩；若長期使用會損傷深度睡眠；可能會導致上癮性的失眠，以及戒斷症狀。The National Institutes of Health (1984)建議在使用BZD之前應該先使用非藥物性的治療，且BZD不可使用四週以上(Pallesen, et al., 2001；楊淑瑜，2004)。

更新的藥出來了，號稱為non-BZD類藥物。這類藥物和BZD一樣有高效價、低中毒性。相對於其他的安眠藥，有人宣稱長期使用也不會損害到睡眠型態。這類藥物也不會傷害到隔天白天的認知功能與表現。相對於BZD，這類藥物較不會有藥物耐受性和戒斷症狀。然而新的研究發現，這二個藥物還是會有戒斷症狀，仍然不建議長期使用(Pallesen, et al., 2001；楊淑瑜，2004)。

黃文鴻(民93)研究發現，國內醫師最常開給老年人的前三種安眠藥為：Estazolam(Eurodin®，悠樂丁)、Zolpidem(Stilnox®，使蒂諾斯)、Zopiclone(Imovane®，宜眠安)。Estazolam是BZD類藥物，另外二者則為 non-BZD類。在馬偕醫院(2006)的衛教單張上註明Estazolam、Zolpidem、Zopiclone 口服錠「是適合短期內服用的安眠藥。」由於安眠鎮靜劑的使用可能衍生依賴性、耐藥性、反彈性失眠及戒斷症狀，衛生署建議不宜連續使用超過4星期(林雅竹，民93)。然而，林雅竹(民93)以回溯性方式，利用電腦資料庫分析成大醫院門診於2001年9月至2003年2月安眠鎮靜劑之處方型態，觀察安眠鎮靜劑延長使用與

連續使用之比例，並分析長期服藥的病患特質。在3650個安眠鎮靜劑的新使用者，醫師在4星期之內停止安眠鎮靜劑處方的比例為47.67%，7.81%的病患被處方超過一年，69.3%的病患於就診期間連續使用鎮靜安眠劑。能夠遵守衛生署建議使用不超過四週的患者不到一半的比例。

肆、非藥物療法(Non-pharmacological Interventions)

研究發現，大部分失眠症患者開始接受治療都僅限於藥物治療，藥物治療的效果快但長期不適當的使用則可能產生依賴甚至成癮。安眠藥其他的限制包括：改變睡眠階段、白天仍會有殘餘效果、服用一段時間後會失效等(Mimeault & Morin, 1999)。對於原發性失眠症患者，失眠是由於情緒、環境的變化所引起的，因此只要能使情緒穩定、環境改善的方法都有助於睡眠，所以在考慮使用安眠藥物之前，可以試著採用一些「行為治療」，並養成良好的睡眠習慣。有研究發現，非藥物性的介入對於治療失眠症有很顯著且長期持續的效果(Pallesen, et al., 2001)，且非藥物性的介入也不用擔心藥物成癮的問題，故很值得鼓勵失眠症患者接受非藥物性介入。茲介紹可以治療失眠症的非藥物(心理性)療法。

在使用非藥物介入時，心理師需要評估病人的抗拒與順從性，並仔細的與病人解釋每一種介入的理由。因為若病人的順從性低，則無法達成效果。Pallesen et al., 2001)指出，順從性低的可能原因包括：病人期待立竿見影的效果；次級獲

得的好處等，故心理師在鼓勵病人使用非藥物性治療時需要仔細評估。

一、睡眠衛生學(Sleep hygiene)與刺激控制(stimulus control)

處理失眠問題最基本的非藥物取向是「睡眠衛生學」。這包括許多小的指導行為建議(Pallesen, et al., 2001；國家網路醫院，2006)。

(一)限制躺床時間

躺床時間越長，越會導致無法入睡。待有睡意時才上床睡覺，這會讓人對自己內在睡眠線索更加敏感。

(二)不要強迫自己

不要努力讓自己睡著，越努力嘗試睡著，就會越警醒(aroused)。如果躺在床上超過三十分鐘仍然睡不著，就起床做些溫和的活動，直到想睡了再上床。

(三)創造無壓力的睡眠環境

在床上不要看到時鐘，因為時間壓力會讓一個人無法入睡。佈置舒適的睡眠環境，適當室溫、燈光、少噪音及舒適床墊。在床上不要做其他事(如閱讀、吃東西、講電話等)，除了做愛外，這是因為要打破床和刺激物之間的連結，並建立床和睡覺之間的連結。

(四)運動

建議做些身體的活動，但在睡覺時間四小時前完成身體運動。但對於運動能否促進睡眠仍有爭議。在一天當中較早的時間完成運動比較晚時間有較正向的效果。也可以睡前做愛，如果做愛是一種享受的話。每日應規律運動，睡前宜做溫和及放鬆身心之活動，如泡熱水澡、肌肉鬆弛及呼吸運動，切忌睡前之劇烈活動。

(五)飲食節制

避免興奮劑，如咖啡、蘇打等含咖啡因飲料、酒精、可樂、尼古丁及巧克力。晚餐後禁喝咖啡、茶、可樂、酒及抽煙。為了避免夜間頻尿而起床上廁所，影響到睡眠，最好晚餐後少喝水及飲料。

(六)避免飢餓

睡前吃一點清淡的宵夜、小點心，因為飢餓會干擾睡眠。但要避免甜或油膩的食物，牛奶、麵包或水果較好，也不宜吃太飽。

(七)探究下午小憩的影響

有的人下午小憩會干擾夜間的睡眠，但有些人下午小憩卻會讓他們晚上睡眠時間更平靜和放鬆。

(八)排除擔憂

睡前保留一些安靜思考的時間，整理紛亂的思緒，有助安心入眠。對於躺在床上會「擔憂很多事」的人，每天排出三十分鐘作為「擔憂時間」，以避免其擔憂干擾其睡眠。在「擔憂時間」，他們要為自己的擔憂做出摘要寫在紙上，並產生解決方法。

(九)維持規則作息

避免日夜顛倒或作息不定，維持規則之睡眠作息，每日按時上床入睡及起床，不管睡眠總量。這可以幫助病人獲得穩定的睡眠節奏，得以更容易在晚上睡著。

(十)考慮安眠藥

但只能短時間使用，以避免戒斷症狀。

二、放鬆訓練Relaxation

失眠常常是因為過度激發所導致。

放鬆是個有效的介入策略。放鬆程序有很多，包括漸進式放鬆、自我暗示放鬆、生理回饋、冥想放鬆等。在這些非藥物治療的方法中，其中以「肌肉鬆弛法」最被臨床學家所肯定，也是在美國最廣泛使用的一項技術(Pallesen, et al., 2001)。劉嘉蕙(民85)研究發現，肌肉放鬆訓練對原發性失眠(primary insomnia)及次發性失眠(secondary insomnia)的失眠患者都有顯著的改善，特別對於「上床到入睡時間」、「醒來次數」有顯著的改善。放鬆訓練可廣泛使用在失眠患者的改善上，特別是較年輕、女性、入睡困難、無其他家人失眠的患者。

三、認知行為治療(Cognitive therapy)與讀書治療(Bibliotherapy)

認知治療可以改變關於失眠的不適應認知。這些認知通常包括擔憂和反芻失眠的結果，對睡眠的需求有不合乎現實的期待，並對白天的損傷與晚上的失眠有錯誤的歸因。從心理師這裡獲得支持，病人得以被引導重新檢視信念的有效性，並重新架構更合理的信念(Pallesen, et. al., 2001)。Mimeault & Morin(1999)認為，現在需要發展一個有效、可快速被接受、負擔得起、可被廣泛宣傳的介入方式。例如短期諮詢或自助方案，以閱讀治療的方式進行，或教育性的錄影帶、錄音帶都是有效的方式。

Mimeault & Morin(1999)以認知行為讀書治療來介入處理失眠症，研究發現不論有無專家指導，認知行為讀書治療都可以有效的改善原發性失眠症。閱讀的資料內容是關於失眠症的認知行為治療。資料來源為改編自「Relief From

Insomnia」(Morin, 1996)一書。研究者將每章節改編減少約20%，做成六冊小冊子。內容分別為，第一冊：介紹自我管理取向(self-management approach)，提供關於失眠的訊息，其概念化、發展及維持的危險因素。第二冊：描述刺激控制(stimulus control)和睡眠限制(sleep restriction)的程序和其理由。第三冊：提供安眠藥的訊息，以及如何慢慢的減藥或不再服藥的計畫，但需要在家庭醫師的督導下。第四冊：關於認知治療來改變有關睡眠的失功能信念和態度。第五冊：提供睡眠衛生學原則的資訊。第六冊：引導讀者評估自己的進步，若沒有改善則討論可能原因；並討論如何預防復發的策略。這六冊的內容包含四項處理失眠症的認知行為治療法：(a)刺激控制(stimulus control)；(b)睡眠限制(sleep restriction)；(c)認知治療(cognitive therapy)；以及(d)睡眠衛生教育(sleep-hygiene education)。

四、非藥物性治療的效果(Efficacy of non-pharmacological interventions)

(一)整體效果

因為藥物治療不宜長期使用且有副作用，心理學界開始發展對失眠症的心理介入法。許多研究及後設分析研究結果顯示非藥物性/心理處遇的介入對失眠症有顯著且長期持續的改善效果。不論是病人自陳的主觀睡眠經驗，睡眠型態，以及實驗室的檢驗都呈現正向的結果(Pallesen, et. al., 2001；Murtagh & Greenwood, 1995；Pallesen, Nordhus, & Kvale, 1998；Lacks & Morin, 1992；Morin

& Azrin, 1987；Mimeault & Morin, 1999)。更重要的是，心理處遇比藥物治療更能夠提高生活品質，以及長期的身體及心理健康(Murtagh & Greenwood, 1995)。這些非藥物性的介入較適用於原發性失眠症(Pallesen, et. al., 2001)。

Murtagh & Greenwood (1995) 後設分析結果顯示，心理處遇的主要效果超過.80，是有相當大的效果(large effect)。平均的治療效果可以降低等待入睡的時間從61分鐘到37分鐘，增加總睡眠量從5.65到6.18小時。並降低夜晚醒來的次數從1.63到.44。其治療效果優於安慰劑。而Pallesen et al.(1998)以後設分析法研究對老人的非藥物性介入效果，研究結果也發現行為介入有很大的效果，包括等待入睡時間減短、夜間醒來次數降低、以及總睡眠量增加。行為介入有顯著且長期地改善睡眠效果。

但值得注意的是，Pallesen, et al. (2001)實驗研究結果發現，行為介入後，睡眠總量並沒有增加，但睡眠抱怨明顯減少。這反應失眠症患者並不是睡眠被剝奪，而是躺在床上的時間太長，而發展出淺眠的模式。

綜合上述研究結果，非藥物性的心理介入對於降低等待入睡的時間、降低夜晚醒來的次數有顯著且長期的改善。病人自陳的主觀睡眠經驗，睡眠型態，以及實驗室的檢驗都呈現正向的結果。

(二)哪些介入法有效果？

Lacks & Morin(1992)的研究結果發現刺激控制和睡眠限制有最好的效果，降低睡眠抱怨的50 - 60%。Morin & Azrin (1987) 研究發現行為和認知治療對於改善睡眠有顯著的效果。刺激控制比心像

訓練有較大且快速的效果。雖然在治療階段心像訓練有較小的效果，但在治療後三個月及十二個月的二次追蹤都有顯著的改善。因此建議二種介入方法並用以得到最大的睡眠改善效果。Morin, Culbert, & Schwartz(1994)以及Murtagh & Greenwood(1995)後設分析的研究發現，刺激控制治療、睡眠限制、放鬆、和教育認知策略對於失眠症治療有顯著的效果。Alperson and Biglan (1979)發現結合放鬆和刺激控制對治療失眠有效果，但對老人則無效。Morawetz(1989)研究也發現自我管理處理(錄音帶加書面資料)也是以刺激控制和放鬆為基礎，對於失眠但沒有服用藥物的人也是有效的。

綜合上述研究結果，對治療失眠症有效的非藥物治療方法包括：刺激控制、睡眠限制、放鬆訓練、認知行為治療、睡眠衛生學教育等。

上述研究結果顯示，心理性的介入比藥物更可被接受，對治療失眠也有更持續的效果。更重要的是，心理性的介入不會有副作用，也不會有成癮的問題，對於提升患者的生活品質，以及身體與心理健康有正面的影響。

伍、結語

Ruyak, Bilisbury, & Rajda. (2004) 研究發現，在加拿大的睡眠中心，只有不到15%發展出對失眠症患者的心理介入計畫。Perlis, Smith, Cacialli, Nowakowski, & Orff(2003) 預估美國只有100 - 200位有受過訓的健康心理學家可以處理10%(二千八百萬人)的慢性失眠。國內也一樣，雖然有睡眠問題的人不少，不過能夠獲得完整評估和治療的機率卻相對

偏低，絕大多數患者只以服用安眠藥物為主(施議強等，民90)。可見，不論國內外，受苦於失眠症的患者能夠得到心理介入服務的比例仍偏低。睡眠品質對白天的功能有明顯的影響，故心理學家應該更關注睡眠相關的議題，並發展出以心理作為基礎的失眠處遇計畫，積極以心理性介入方法幫助受失眠所苦的人們。建議心理師的訓練應該增加關於睡眠問題的訓練，並尋求與家醫科醫師、內科醫師間相互密切的合作，以共同協助失眠症患者。

參考文獻

- 林雅竹(民93)：**安眠鎮靜劑之使用評估及失眠患者用藥指導之研究**。國立成功大學國立成功大學臨床藥學研究所碩士論文。
- 施議強、侯承伯、馬景野(民90)：失眠的評估與治療。**基層醫學**，16(1)，2-8。
- 馬偕醫院(2006)：**藥物衛教單張**。http://www.mmh.org.tw/taitam/medic/Patient%20Edu/Health%20Care/healthcare.htm，2006/5/19。
- 國家網路醫院(2006)：**失眠的自我療方**。http://www.webhospital.org.tw/home/myself/neuro2.html，2006/5/18,KingNet，2006/5/18。
- 黃文鴻(民93)：**門診老年失眠症患者之安眠藥處方型態及處方問題**。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 楊淑瑜(2004)：**實用精神科治療藥物指南**。台北市：中華民國康復之友聯盟。
- 劉嘉蕙(民85)：**放鬆訓練對失眠的改善**

- 探討。**高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- Alperson, J., & Biglan, A. (1979). Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age. *Behavior Therapy, 10*, 347 - 356.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Lacks, P., Morin, C.M.(1992):Recent Advances in the Assessment and Treatment of Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(4), 586 - 594.
- Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999) : Self-Help Treatment for Insomnia: Bibliotherapy With and Without Professional Guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 511 - 519.
- Morin, C.M., & Azrin, N.H.(1987):Stimulus Control and Imagery Training in Treating Sleep-Maintenance Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2),260 - 262.
- Morawetz, D. (1989). Behavioral self-help treatment for insomnia: A controlled *evaluation. Behavior Therapy, 20*, 365 - 379.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1172 - 1180.
- Murtagh,D. R.,& Greenwood, K.M.(1995): Identifying Effective Psychological Treatments for Insomnia: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 79 - 89.
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Havik, O., Nielsen, G.(2001): Clinical Assessment and Treatment of Insomnia. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(2),115 - 124.
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Kvale, G.(1998):Nonpharmacological Interventions For Insomnia In Older Adults: A Meta-Analysis Of Treatment Efficacy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(4), 472 - 482.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., Cacialli, D. O., Nowakowski, S., & Orff, H. (2003). On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia: *Commentary and implications. Journal of Psychosomatic Research, 54*, 51 - 59.
- Ruyak,P.S.; Bilsbury, C.D.; Rajda, M.(2004): A Survey of Insomnia Treatment at Canadian Sleep Centres: Is There a Role for Clinical Psychologists? *Canadian Psychology, 45*(2):165-173.