

不眠症のケア —睡眠に対する認知的側面を中心に—

小川泰弘¹⁾

¹⁾ 森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科

要 旨

不眠症とは、夜寝つきが悪い、眠りを維持できない、朝早く目が覚める、眠りが浅く十分眠った感じがしないなどの症状が続き、日中の眠気や疲労感などの心身の不調が起こる状態を指す。睡眠に関する問題は、睡眠ポリグラフ等で捉えられるような客観的な側面と、個人が自分の睡眠に対してどのように感じているかという主観的な側面がある。これまでの研究では、睡眠の客観的な問題よりも、主観的な問題の方が、日中の眠気や疲労感との関連が強いことが示されている。そのような背景から、不眠症は、単なる生理学的な問題ではなく、自分の睡眠をどう捉えるかという認知的な要因も含む複雑かつ多面的な問題であると捉えられており、その不適応な認知が不眠の維持や悪化に影響を及ぼしていることが想定されている。The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep questionnaire DBAS は、そのような睡眠に対する非機能的な信念を測定するために開発され、不眠症治療の副次的なアウトカムとしても用いられている。不眠症に対する治療としては薬物療法が一般的ではあるが、近年では非薬物療法への関心が高まっている。その中でも、認知行動療法の技法を不眠症への治療に応用した Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) は最も有力な治療法である。CBT-I は睡眠に対する過度で誤った認知を修正し、不眠症に対する長期的な治療効果をもたらすことが実証されている。不眠症は、自分のコントロールできない問題ばかりではない。今後、不眠症に対する非薬物療法のさらなる発展と普及が期待される。

キーワード：不眠症, CBT-I, 非機能的信念

連絡先：小川 泰弘 OGAWA Yasuhiro

〒 559-8611 大阪市住之江区南港北 1-26-16

森ノ宮医療大学保健医療学部作業療法学科

1. はじめに

不眠症とは、夜寝つきが悪く入眠できない（入眠障害）、眠りを維持できず途中で目が覚めてしまう（中途覚醒）、朝早く目が覚めてしまう（早朝覚醒）、眠りが浅く十分眠った感じがしない（熟眠障害）などの睡眠の問題が1ヶ月以上続き、日中の眠気や倦怠感、意欲や集中力の低下、食欲低下などの心身の不調が起こる状態を指す¹⁾。厚生労働省による国民健康・栄養調査（令和二年度）によると、約20%の人が「睡眠時間が足りていない」と感じており、約30%の人が「睡眠全体の質に満足できていない」と感じていることが報告されている²⁾。また厚生労働省による抗不安薬・睡眠薬の処方実態についての調査では、国内の成人の5%が睡眠薬を服用していることが報告されている³⁾。これらの調査から、自身の睡眠の量や質に対して満足できていないと感じるひとは一定以上存在し、実際に薬物療法を受けるひとの割合も高いことから、多くの日本人が不眠症に悩まされていることがうかがえる。

国民病とも称される不眠症¹⁾ではあるが、自分の睡眠の量や質に満足できていないものは、はたして本当に十分な睡眠をとることができていないのであろうか。例えば、床に就いてから眠りに入るまでに30分を要した場合、自分は不眠症かもしれないと考えるひともいれば、それを全く問題として捉えていないひともいるかもしれない。熟睡感については、十分に眠った感じがしないと本人が考えれば、それは熟眠障害である。つまり、睡眠に関連した問題は、それをその個人がどのように捉えるかという主観的な側面が大きく含まれる。であれば、客観的には十分な量と質の睡眠が得られているにも関わらず、それを不十分だと考えてしまうひとも存在するのではないか。ここでは、そのような睡眠に対する認知（主観的側面）に着目し、その評価と治療的介入について概観する。なお本稿では、睡眠に対する主観的問題（本人の苦痛や困り感）を伴うものを不眠症（あるいは不眠障害）と表記する。

2. 睡眠における客観的 / 主観的側面

不眠症に関する治療や投薬は、大抵の場合、個人の睡眠に対する訴えを機に開始される。例えば「最近、寝つきが悪くなってきた」、「途中で目が覚めてしまう」などの本人の自覚がある場合、それが「もしかしたら不眠症かもしれない」という認識につながり、それを解決するために医療機関への受診を決意させるのである。つまり本人が現状の睡眠に対してのなんらかの困り感や苦痛があって初めて治療が開始されるということである。表1にDSM-5の不眠障害についての診断基準を示す⁴⁾。この基準においても「睡眠の量、または質の不満に関する顕著な訴え」が最初のステップとなっており、診断として不眠障害を捉える際にも、生理学的・客観的指標よりも、個人の主観的な認識が重要視されていることがうかがえる。

では、睡眠に対してのなんらかの困りごとを自覚している状態、睡眠に対するこの主観的な側面は、はたして本当に眠れていない状態（客観的側面）と一致しているのか。Fichtenらは、睡眠時間の減少など、歳を重ねることによって自然と引き起こされる睡眠の加齢的变化によって、高齢者の多くが自身の睡眠に対して不満を感じているであろうと考え、396人の55-89歳の高齢者を対象に調査をおこなった⁵⁾。対象者は、質問紙をもとに睡眠の問題があるかどうかを振り分けられ、睡眠に対する苦痛について11段階での自己採点が求められた。その結果、良く眠ることができていない状態があるひとの半数以上は、その問題に対して苦痛を感じていなかった。Fichtenらの研究の興味深い点は、仮説に反した形ではあるが、睡眠に対する問題を抱える個人は、必ずしもその問題に対して苦痛を感じているわけではないことを明らかにしたことである。詳細な睡眠日誌を用いた研究においても、Fichtenらの結果を裏付ける知見が報告されている⁶⁾。これらの研究を機に、これまで単に「ある」・「なし」の視点で語られていた睡眠に関する問題を、本人が主観的に苦痛を感じているかどうかの視点も含めて考えられるようになった。

表1 不眠障害の診断基準 (DSM-5)

A.	睡眠の量、または質の不满に関する顕著な訴えが、以下の症状のうち1つ（またはそれ以上）を伴っている (1) 入眠困難 (2) 頻回の覚醒、または覚醒後に再入眠できないことによって特徴付けられる、睡眠維持困難 (3) 早期覚醒があり、再入眠できない
B.	その睡眠の障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、教育的、学業上、行動上、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
C.	その睡眠困難は、少なくとも1週間に3夜で起こる。
D.	その睡眠困難は、少なくとも3ヶ月間持続する。
E.	その睡眠困難は、睡眠の適切な機会があるにもかかわらず起こる。
F.	その不眠は、他の睡眠-覚醒障害（例：ナルコレプシー、呼吸関連睡眠障害、概日リズム睡眠-覚醒障害、睡眠時随伴症）では十分に説明されず、またその経過中のみ起こるものではない。
G.	その不眠は、物質（例：乱用薬物、医薬品）の生理学的作用によるものではない
H.	並存する精神疾患および医学的疾患では、顕著な訴えを十分に説明できない

睡眠ポリグラフのような生理学的な指標を用いた研究ではどのような結果が得られているか。Edingerらは、アメリカ精神医学会の診断基準である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSMを用いて不眠障害と診断されたグループと不眠障害の診断のない健康なグループに対し、睡眠ポリグラフ検査を用いて睡眠の客観的な問題の有無を調査した⁷⁾。その結果、DSMで不眠障害と診断されたグループの約39%は、睡眠ポリグラフ検査での客観的な睡眠の問題の基準を満たさず、またDSMでは不眠障害と診断されていない（本人の自覚や訴えがない）グループの43%は、客観的な指標では睡眠の問題の基準を満たしていた。つまり、DSMをもとに不眠障害の診断を受けたグループの中には、客観的・神経生理学的には睡眠の問題はないとされるケースも比較的多く存在しているということである。このような結果から、現在では、①不眠の訴えはなく、客観的な睡眠の問題もない、②不眠の訴えはないが、客観的な睡眠の問題がある、③不眠の訴えがあり、客観的な睡眠の問題もある、④不眠の訴えはあるが、客観的な睡眠の問題はないグループ、の4つの視点で睡眠の問題が捉えられている（表2）。

表2 睡眠の問題についての4つの視点

	睡眠ポリグラフ検査 (-)	睡眠ポリグラフ検査 (+)
DSM 不眠障害 (-)	① 不眠の訴えはなく、客観的な睡眠の問題もない	② 不眠障害はないが、客観的な睡眠の問題がある
DSM 不眠障害 (+)	④ 不眠障害はあるが、客観的な睡眠の問題はない	③ 不眠障害があり、客観的な睡眠の問題もある

3. 睡眠における客観的 / 主観的側面の乖離と日常生活への影響

上述の通り、睡眠の問題における主観的側面と客観的側面には、しばしば乖離がみられることが報告されている。では、客観的な側面からみた睡眠の問題と、主観的側面からみた睡眠の問題の、どちらが日常生活への影響が大きいのか。上述の Fichten らの研究では、睡眠の問題はあるが苦痛を感じていないグループは、苦痛を感じているグループよりも日中の眠気や疲労感が低いことが示されている⁵⁾。しかし、この研究では睡眠に対する客観的な指標を用いていない。そこで Maccrere ら⁸⁾は、睡眠の客観的指標としてアクチグラフと呼ばれる腕時計型の機器を用いて研究を行った。その結果、被験者の48%が①のグループ、23%が②のグループ、18%が③のグループ、11%が④のグループであった。また、その中で、最も日中の疲労感を感じているものは、④の「不眠の訴えはあるが、客観的な睡眠の問題はない」グループであった。さらに、最も日中の疲労感を感じていないのは、①の「不眠の訴えはなく、客観的な睡眠の問題もない」グループではなく、②の「不眠の訴えはないが、客観的な睡眠の問題がある」グループであったことは興味深い。これらの結果は、日中の障害が客観的な睡眠の問題よりも、睡眠に関する主観的な苦痛と密接に関連していることを示している。一方で、上述した Edinger らの研究では、④の「不眠の訴えはあるが、客観的な睡眠の問題はない」グループの抑うつスコアが最も高く、②の「不眠の訴えはないが、客観的な睡眠の問題がある」グループの抑うつスコアが最も低いことが報告されており⁷⁾、上述した Maccrere らの睡眠と日中の疲労感に関する報告⁸⁾と同じ傾向が示されている。このような結果から、睡眠に対する主観的な苦痛は、単にうつ病などの精神疾患の症状を反映しているだけで、実際はその原因疾患が日中の疲労感に繋がっているのではないかという見方もできるかもしれない。

この点について、Russell らの興味深い報告がある⁹⁾。彼らは、慢性疲労症候群 (chronic fatigue syndrome: CFS) の基準を満たす 27 名の成人を対象に、6 日間の日中の疲労症状、睡眠日誌による主観的評価、アクチグラフによる客観的評価をモニタリングした。その結果、睡眠効率や熟睡感などの睡眠日誌による主観的な変数が翌日の疲労感を有意に予測し、主観的な睡眠の問題が翌日の疲労感の増加と関連していることが示された。一方で、アクチグラフによる客観的指標は、翌日の疲労感の有意な予測指標ではなかった。つまり、前日によく眠ることができたと主観的に認識していれば、その日の疲労感は小さく感じ、逆にあまり眠ることができなかつたと主観的に認識していれば、たとえ客観的には十分眠ることができていたとしても、日中の疲労感は大さく感じていたということである。Russell らの研究対象は CFS であり、結果の一般化はできないが、彼らの報告は、「昨日よく眠ることができなかつたから、今日は体が怠いように感じる」といったように、実際の疲労感に先行した形で、睡眠に対する認知が存在する可能性を示唆しているようにも思われる。

4. 睡眠に対する非機能的信念とその評価

これまでの研究から、睡眠の問題による日常生活への影響は、睡眠ポリグラフ等で捉えられる客観的なものよりも、睡眠に対する不満など主観的なものの方が大きいことが示されている。また DSM-5 による不眠障害の診断においても、本人の主観的な苦痛や日常生活上の困り感に重きをおいており、そこに客観的な指標や評価基準は含まれていない。そのような背景から、現在では睡眠を訴える個人が、睡眠に対してどのような認知的傾向を示しているかということに関心が集まっている。

Morin らは、不眠症は複雑かつ多面的な問題であり、不眠を訴えるものなかには、睡眠に対する認知的評価 cognitive appraisal に問題があることがあり、その認知が不眠の維持や悪化に影響を及ぼしていると考えた¹⁰⁾。またそのような睡眠に対する信念や態度を測定するための尺度 the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep questionnaire DBAS を開発した¹¹⁾。DBAS は、もともとは 30 項

目 11 件法の Likert 式質問紙であったが、より簡便で広範な使用を目的とした 16 項目の短縮版 (DBAS-16) が開発され¹²⁾、臨床ではこの短縮版を用いることが一般的になっているようである。

なお、DBAS-16 は宗澤らによって翻訳され、本邦で使用可能な尺度 (DBAS-J) が開発されている¹³⁾。DBAS-J の因子分析では、1) 結果、2) 心配と無力感、3) 予測、4) 薬物、の 4 つの因子で構成されていることが示されているものの、確証的因子分析の適合度は若干低い値であり、今後因子構造については本邦に適した形への改変を加える必要性が示唆されている。参考に、各因子の質問項目の例を挙げる：1) 「日中に、いらいらしたり、落ち込んだり、不安になるときは、たいてい前の晩によく眠れなかったためである」、2) 「もし眠れない日があると、その 1 週間の睡眠スケジュールは妨げられてしまう」、3) 「リフレッシュし、日中に問題なく過ごすためには 8 時間の睡眠が必要である。」、4) 「おそらく薬物療法は不眠症のただ一つの解決法である。」。DBAS-J は信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性、治療反応評価性が確認されており、国内における不眠症に対する認知行動療法の効果指標としても用いられている¹⁴⁾。

詳しくは後述するが、不眠症に対する治療として、認知行動療法などの非薬物療法への関心が高まることが予測される。そのような介入のアウトカムや、不眠症の媒介変数として、DBAS-J で捉えられる睡眠に対する非機能的信念にさらなる関心が寄せられるものと思われる。

5. 睡眠に対する非機能的信念への介入と治療的效果

不眠症に対する一般的な治療法として、薬物療法が挙げられる。そのなかでも最もよく用いられているものとしてベンゾジアゼピン系の向精神薬があるが、長期使用による依存性¹⁵⁾ や離脱症状¹⁶⁾、認知機能への影響¹⁷⁾ など、様々な問題が指摘されている。また、高齢者におけるベンゾジアゼピン系薬剤の使用に関連した認知症発症のリスクについてのメタ解析では、その薬剤の使用が、認知症リスクの増加と有意な関連があったことが報告されている¹⁸⁾。

そのような背景もあり、近年では、睡眠を改善することを目的とした非薬物療法の重要性が高まっている。その中でも、認知行動療法の技法を不眠症への治療に応用した Cognitive Behavior Therapy for Insomnia CBT-I は最も有力な治療法である。認知行動療法とは、その人がもつ認知や行動に働きかけて症状や日常生活の改善を促す心理療法である。CBT-I では、認知再構成法や、刺激制御法、睡眠制限法、リラクゼーション法などの認知行動療法的手法を効果的に組み合わせた治療法であり、治療マニュアルも存在する^{19), 20)}。本稿で焦点を当てている不眠症に関する認知的側面に対する介入としては、前者の認知再構成法が当てはまる。具体的には、睡眠日誌や睡眠時の思考記録を用いて、自分自身の睡眠状況を客観的に振り返ることで、睡眠に対する非適応的な認知を修正することを目的とする。CBT-I は DBAS で測定されるような睡眠に対する非機能的信念を改善し、その認知の改善が不眠症状の改善へとつながることが示されている²¹⁾。CBT-I の詳細については、宗澤の総説を参照されたい²²⁾。

不眠症に対する CBT-I の有効性について、短期的には薬物療法と同程度の効果があることが示されている²³⁾。また不眠症に対する薬物療法の長期的な有効性が疑問視されているなかで²³⁾、CBT-I の効果は、治療後少なくとも 1 年は持続することが示されている²⁴⁾。中には、薬物療法よりも CBT-I の方が短期的にも長期的にも治療効果が優っていたとの報告²⁵⁾ もあるほどである。実際に米国内科学会 American College of physicians は、慢性の不眠症に対する治療の第一選択として CBT-I (強く推奨、中等度のエビデンス) を挙げており²⁶⁾、CBT-I のみでは効果が得られなかったものに対しての短期的な薬物療法を推奨している。

しかしながら、国内においては CBT-I を受けることのできる施設が限られており、残念ながら保険診療の適応ではない。本邦の現状として CBT-I は、薬物療法の漸減・中止を図るための補助的な治療法ではあるが、今後は不眠症に対する治療戦略の中心となってくる可能性も考えられる。

6. おわりに

不眠症は、単なる生理学的な問題ではなく、自分の睡眠をどう捉えるかという認知的な要因も含む複雑かつ多面的な問題である。また日常生活への影響を考えると、実際に眠ることができているかということよりも、睡眠に対して主観的に満足できているかどうかの方が重要なようである。そのような背景から、現在は不眠症の背景にある非機能的な信念や、その信念を適応的な形に変容する認知行動療法への関心が高まっている。近年、認知行動療法の世界では、マインドフルネス瞑想 *mindfulness meditation* MM や Acceptance and Commitment Therapy ACT など、第三世代認知行動療法と呼ばれる新しい流れを汲む治療法が注目されている。それらの共通点は、「自分の状態を無理に変えようとせず、その現実をあるがままに知覚し、それに対する思考や感情に囚われないことを目指す」という考えであり、不適応な認知を積極的に修正し、適応的な行動変容を促す CBT-I とは少し異なる特徴を持つ。CBT-I と比べるとその報告数は限られているものの、MM は不眠症者の睡眠パラメータを有意に改善する効果が示されている²⁷⁾。また、CBT-I に ACT の要素を組み合わせた治療法が、不眠と QOL(生活の質)の改善に有効であったとの報告もなされている²⁸⁾。個人が自分の睡眠に対してどのような認知を持っているか、またその認知が不適応だった場合、それとどのように向き合うことが効果的なのか。不眠症は、自分のコントロールできない問題ばかりではないようである。不眠症に対する非薬物療法の、今後のさらなる発展と普及に期待したい。

引用文献

- 1) 厚生労働省．生活習慣病予防のための健康情報サイト．<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart-summaries/k-02> (2021/7/1 閲覧)
- 2) 厚生労働省．令和元年国民健康・栄養調査報告．第3部生活習慣調査の結果．185-187.
- 3) 厚生労働省．抗不安薬・睡眠薬の処方実態についての報告．<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001tjq1.html> (2021/7/1 閲覧)
- 4) 高橋三郎, 大野 裕 (監訳). 不眠障害 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル．東京．医学書院 2014: 356-362.
- 5) Fichten CS, Creti L, Amsel R, Brender W, Weinstein N, Libman E. Poor sleepers who do not complain of insomnia: myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. *J Behav Med.* 1995;18(2): 189-223.
- 6) McCrae CS, Wilson NM, Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, et al. 'Young old' and 'old old' poor sleepers with and without insomnia complaints. *J Psychosom Res.* 2003; 54(1): 11-9.
- 7) Edinger JD, Fins AI, Glenn DM, Sullivan RJ Jr, Bastian LA, Marsh GR, et al. Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(4): 586-93.
- 8) McCrae CS, Rowe MA, Tierney CG, Dautovich ND, Definis AL, McNamara JP. Sleep complaints, subjective and objective sleep patterns, health, psychological adjustment, and daytime functioning in community-dwelling older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005; 60(4): 182-9.
- 9) Russell C, Wearden AJ, Fairclough G, Emsley RA, Kyle SD. Subjective but Not Actigraphy-Defined Sleep Predicts Next-Day Fatigue in Chronic Fatigue Syndrome: A Prospective Daily Diary Study. *Sleep.* 2016; 39(4): 937-44.

- 10) Morin CM, Kwentus JA. Behavioral and pharmacological treatments for insomnia. *Annals of Behavioral Medicine*. 1988; 10(3): 91-100.
- 11) Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford press. 1993.
- 12) Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007; 30(11): 1547-54.
- 13) 宗澤岳史, 井上雄一. 日本語版「睡眠に対する非機能的な信念と態度質問票」の開発不眠症者の認知と行動に関する問題の評価. *睡眠医療*. 2009; 3(3): 396-403.
- 14) 田中美加, 池内眞弓, 松木秀明, 谷口幸一, 沓澤智子, 田中克俊ら. 簡易型睡眠認知行動療法の高齢者の睡眠改善および睡眠薬減量に対する効果: 無作為化比較試験. *日本公衆衛生雑誌*. 2018;65(8): 386-398.
- 15) Cuevas CDL, Sanz EJ, Fuente JADL, Padilla J, Berenguer JC. The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*. 2000; 95(2): 245-250.
- 16) Ashton H. Protracted withdrawal syndromes from benzodiazepines. *Journal of substance abuse treatment*. 1991; 8(1-2): 19-28.
- 17) Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005; 66(2): 9-13.
- 18) Penninkilampi R, Eslick GD. A systematic review and meta-analysis of the risk of dementia associated with benzodiazepine use, after controlling for protopathic bias. *CNS drugs*. 2018; 32(6): 485-497.
- 19) Morin CM, Espie CA. *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Springer Science & Business Media. 2007.
- 20) 日本睡眠学会教育委員会編: 不眠症に対する認知行動療法マニュアル. 東京: 金剛出版. 2020.
- 21) Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*. 2001; 24(5): 591-599.
- 22) 宗澤岳史 三島和夫. 不眠症に対する認知行動療法. *精神保健研究*. 2009; 55: 71-78.
- 23) Riemann, Dieter, Michael L. Perlis. "The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies." *Sleep medicine reviews*. 2009; 13(3): 205-214.
- 24) van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*. 2019; 48 101208.
- 25) Omvik S, Pallesen S, Havik OE, Kvale G, Nordhus IH. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 295(24): 2851-2858.
- 26) Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. 2016; 165(2): 125-133.
- 27) Gong H, Ni CX, Liu YZ, Zhang Y, Su WJ, Lian YJ, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016; 89: 1-6.
- 28) Chapoutot M, Peter-Derex L, Schoendorff B, Faivre T, Bastuji H, Putois B. Telehealth-

delivered CBT-I programme enhanced by acceptance and commitment therapy for insomnia and hypnotic dependence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of sleep research*. 2021; 30(1): e13199.

Intervention for Insomnia -Focus on cognitive aspects of sleep-

Yasuhiro Ogawa¹⁾

¹⁾Department of Occupational Therapy, Faculty of Health Sciences, Morinomiya University of Medical Sciences

Abstract

Insomnia is a common sleep disorder that has difficulty in falling asleep at night, hard to maintain sleep, causes a person to wake up too early, not be able to get back to sleep, and continues to experience physical and mental problems such as daytime sleepiness and fatigue. There are two aspects to sleep-related problems: the objective aspect, as captured by such as polygraphs, and the subjective aspect, which is how an individual feels about his or her sleep. Previous studies have showed that subjective sleep problems are more strongly related to daytime sleepiness and fatigue than objective sleep problems. In this context, insomnia is regarded as a complex and multifaceted problem that is not merely physiological, but also involves cognitive factors in how one perceives their own sleep. It is assumed that insomnia is the result of excessive and erroneous beliefs about sleep, and that these maladaptive beliefs affect the maintenance or worsening of insomnia. The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep questionnaire (DBAS) was developed to measure such dysfunctional beliefs about sleep and has been used as a secondary outcome in the treatment of insomnia. While pharmacotherapy is the most common treatment for insomnia, recently there has been greater interest in non-pharmacological treatments. Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I), which applies cognitive-behavioral therapy techniques to the treatment of insomnia, is one of the most promising treatment methods. CBT-I has been shown to improve excessive and erroneous beliefs about sleep and to provide long-term therapeutic benefits for insomnia. Insomnia is not only a problem over which one has no control. It is expected that non-pharmacological treatment for insomnia will be more developed and widespread in the future.

Key words: Insomnia, CBT-I, Dysfunctional Belief

