

# 失眠的认知行为治疗

## 逐次访谈指南

Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia  
A Session-by-Session Guide

原著 Michael L. Perlis  
Carla Jungquist  
Michael T. Smith  
Donn Posner

主译 张 斌  
主审 贾福军

 人民卫生出版社

# 失眠的认知行为治疗

## 临床实践指南

*Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia*

*A Manual for Clinical Practice*



主编  
David G. Clark  
David R. Spence  
副主编  
David G. Clark  
David R. Spence

译者  
王 颖

审校者  
王 颖

北京：中国轻工业出版社，2015

# 失眠的认知行为治疗

## 逐次访谈指南

---

**Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia**

**A Session-by-Session Guide**

原著 Michael L. Perlis  
Carla Jungquist  
Michael T. Smith  
Donn Posner

主译 张 斌

主审 贾福军

译者 唐 毅 谭文艳

王文菁 张 斌

翻译秘书 王波帆

人民卫生出版社

Translation from the English language edition:  
Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia by Michael L. Perlis  
Copyright © Springer Science + Business Media, Inc. 2005  
All Rights Reserved

### 图书在版编目 (CIP) 数据

失眠的认知行为治疗: 逐次访谈指南 / (美) 帕里斯  
(Perlis, M) 原著; 张斌主译. —北京: 人民卫生出版  
社, 2012. 2

ISBN 978-7-117-15358-4

I. ①失… II. ①帕… ②张… III. ①失眠-行  
为治疗 IV. ①R749.705

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第000148号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a> 出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> 护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2011-7351

## 失眠的认知行为治疗 逐次访谈指南

主 译: 张 斌

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830  
010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市文林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 11

字 数: 180千字

版 次: 2012年2月第1版 2012年2月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15358-4/R·15359

定 价: 28.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

失眠症是一常见病,这无疑是专家们的共识,尽管由于不同的诊断标准而没有一个确切的患病率。急性失眠症在临床上往往比较容易处理,但慢性失眠症常是临床上一个棘手问题,仅靠药物治疗,一是长期疗效不理想,二是患者可接受性较差,因此常常需要综合干预,这自然离不开非药物治疗方法,而非药物治疗又几乎是每一位慢性失眠患者的首选。

到目前为止,在失眠症的非药物治疗方法中,认知行为治疗是最有循证医学证据的,也最具代表性。但是在国内实际临床工作中,对慢性失眠症主要采用认知行为治疗的比例却并不太高。其主要原因是能较全面掌握失眠症的认知行为治疗技能的医师和心理治疗师还比较少,因此,扩展相关的临床专业队伍,提高认知行为治疗水平已是迫在眉睫的工作。在精神科和神经科等临床上广泛推广认知行为治疗技术的应用,也是提高慢性失眠症治疗率及其疗效的最好措施之一。

认知行为疗法用于治疗慢性失眠可使用刺激控制、睡眠限制、睡眠卫生、放松训练和认知疗法,其中行为治疗占主导地位。认知行为治疗在国内临床心理界整体上还不够普及,操作的规范性更是有限,而国内相关的参考书又凤毛麟角。以张斌博士为牵头人的广东省精神卫生中心的几位青年医师翻译了这本专著,其认知行为治疗方法内容翔实,可操作性好,临床实用性强,相信对有兴趣从事认知行为治疗工作的精神科医师、神经科医师、心理治疗师、心理咨询师以及临床护理工作都会有实实在在的帮助。

祝愿失眠症的认知行为治疗技术在我国早日得到普及,让更多的失眠患者从中受益。

**贾福军**

中国睡眠研究会睡眠与心理卫生

专业委员会主任委员

广东省精神卫生中心主任

2011年11月

## 原版序言

失眠症的治疗已经达到了一个里程碑。认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)作为针对各种失眠的一种有效治疗手段,其科学性已经被广泛地认可。它由若干部分组成,包括最初的评估、整合有效的认知行为技术以干预失眠以及确保患者在治疗期间和治疗结束后可以遵循治疗指示操作的方法。这本手册提供了失眠治疗中关于技术评估、睡眠日记的作用、活动记录仪及多导睡眠监测等一些有用信息。

尽管很多行为学派的临床工作者曾使用认知行为治疗的某种或多种技术,但能系统和完整地使用这一方法的人不多。这本手册可以帮助临床工作者有效地提高他们治疗失眠的技能。作者从失眠治疗文献中整合了经过验证的有效技术,包括刺激控制治疗、睡眠限制治疗、睡眠卫生宣教、放松训练和认知治疗。这些技术并不是被随意地拼凑在一起,而是有机地结合在一起。本手册的所有作者均活跃在慢性失眠临床研究和治疗领域的前沿。本手册体现了他们在帮助慢性失眠患者改善睡眠过程中的共同体验和深刻理解。

一般来讲,手册对初学者帮助最大,但每个人都可从本手册中受益匪浅。对于有经验的医师来说,书中关于医患对话、治疗选择、推理以及技巧性地处理患者潜在的阻抗等内容都比较有深度和启发性,有助于提高医师们对临床工作中细微差别的理解和体会。这就是本手册的智慧所在。

本手册特别之处是列举了很多治疗师与患者之间的对话实例,让我们可以了解如何介绍治疗的各种技术,如何解释治疗,如何解答患者的疑问,如何确保有效地完成治疗,如何应对患者可能发生的问题和预防治疗结束后的复发。治疗师的对话非常有效。治疗的系统性,通过比喻等方法说明治疗干预的基本理论,治疗师的态度等等都能帮助患者完全投入地主动合作。除了治疗手册中要求的做什么和什么时候做的具体细节外,我们还能从手册里那些示范性的治疗方法中获益良多。

正如很多读者所知,我们两位作序者都从事治疗失眠的单一技术的评估和进展——刺激控制疗法(stimulus control therapy)(RRB)和睡眠限制疗法(sleep

restriction therapy) (AJS), 所以我们合作写序的目的是代表失眠症的认知行为治疗的发展趋势(例如将不同的技术整合成含有多种治疗手段的方法用于各种原因导致的慢性失眠)。本手册的作者非常聪明, 请我们共同写序就是要表明单一技术的治疗方法不会适用于所有的患者。我们需要帮助患者, 而人体又具有复杂性和差异性, 本手册能够提供直接和有效的认知行为治疗方法治疗失眠。

**Richard R. Bootzin, 博士**  
亚利桑那州, 图森市  
亚利桑那大学精神病学和心理学系, 失眠项目主任  
精神病学和心理学教授

**Arthur J. Spielman, 博士**  
纽约州, 纽约市  
康奈尔大学威尔医学院, 睡眠医学中心副主任  
纽约城市大学城市学院心理学系教授

目前,大量证据表明认知行为治疗对失眠症有效<sup>[1,2]</sup>。急性期(4~8周)治疗的疗效与镇静催眠药相当<sup>[3,4]</sup>,而长期治疗更为有效<sup>[3]</sup>。总体来说,失眠的认知行为治疗(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)的疗效能达到平均水平,改善大约50%的症状,具有较大确定性的效应值(1.0左右)<sup>[1,2,4]</sup>。纵向研究结果证明,该治疗能持续地改善睡眠潜伏期(sleep latency, SL)和入睡后觉醒时间(wake after sleep onset, WASO),对总睡眠时间(total sleep time, TST)的改善更加明显<sup>[1,2,5]</sup>。

既然失眠的认知行为治疗是经过严格验证的治疗方法,则应该制定一本可操作性治疗手册以提供准确的指导。本手册就是为了适应这一需要而编制,同时具有以下作用:

- 给其他领域的医师和开始学习的医学生提供经过验证的失眠的认知行为治疗方法。

- 给睡眠行为医学的医师提供可以用来提升和(或)扩展自己失眠的认知行为治疗技巧的信息。

- 向临床从业者推广标准化的治疗方法。

对于将来的第一批“最终用户”,我们强烈建议最好采用师徒模式来训练,因此建议导师应用经验来充实这本手册中展示的技术。对于临床睡眠医学项目的受训者来说,很容易建立师生关系。对于社区医师来说,建立师生关系有一定困难,但可以通过同辈督导和(或)向睡眠行为医学专家电话咨询来解决。

这本手册包含以下7个章节:

- ◎ 失眠的定义
- ◎ 失眠的认知行为治疗的概念框架
- ◎ 治疗的组成
- ◎ 失眠的认知行为治疗的逐次晤谈
- ◎ 关于患者疑问和挑战的失眠的认知行为治疗的对话案例
- ◎ 案例举例:失眠的认知行为治疗的评估和资格、案例文档
- ◎ 附录

前两章的目的看题目就很清楚,后五章的还需要解释。治疗手段一章回顾了主要的治疗形式,包括哪些患者适合失眠的认知行为治疗,如何根据医师的资



质进行推荐,对理想临床设置的讨论和建议使用有用的图示方法。逐次访谈一章描述了每次晤谈的任务和目标,并提供一些背景信息和列举了一些能呈现治疗过程的对话实例。对话不是给医师作为背诵用的脚本,而只是一些用来具体说明治疗是如何进行的例子。对话展开部分一章提供了一系列患者容易提出的问题 and 解答范例。实际案例一章为我们提供了患者是否适用失眠的认知行为治疗方法的判定规则,这一章有一个逐次晤谈实例的记录,显示患者完成治疗的全过程,并附治疗图示,以及给基层医师的一封总结信。附录一章提供了一些可能有用的工具(如筛查问卷、睡眠日记和图示的范例等)。

这本手册的组织原则是“谁适合失眠的认知行为治疗?”和“我们需要了解哪些内容才能建立一个能够得到充分验证、从数据出发、依数据处理的睡眠行为医学机构?”关于“谁适合”这个问题,本手册使用的方法不是依据诊断而是依据临床表现,我们会通过一种运算的方法来判断患者是否适合失眠的认知行为治疗。也就是说,不是根据符合哪个诊断标准,而是根据使症状存在的因素来判断患者是否适合失眠的认知行为治疗。这并不是意味着与诊断无关。诊断过程可以使医师确定哪些因素与疾病相关、疾病是否需要失眠的认知行为治疗以外的治疗方法或失眠的认知行为治疗是否禁忌使用。

最后需要说明,本手册只限于提供失眠的认知行为治疗。要想更广泛地了解睡眠医学和睡眠行为医学,读者可以参考以下几本书:

- 1.《睡眠医学的原理和实践》第4版(*Principles & Practice of Sleep Medicine*), Eds. Kryger, Roth & Dement. W.B. Saunders Co. Philadelphia. 2005;
- 2.《睡眠障碍》第2版(*Sleep Disorders Medicine*), Chokroverty. Butterworth-Heinemann. Boston, 1999;
- 3.《睡眠障碍的治疗:睡眠行为医学的原理和实践》(*Treating Sleep Disorders: The Principles & Practice of Behavioral Sleep Medicine*), Eds. Perlis & Lichstein Wiley & Sons. 2003;
- 4.《失眠症:临床评估和治疗指南》(*Insomnia: A Clinician's Guide to Assessment and Treatment*), Eds. Morin & Espie. Plenum Pub Corp. 2003。

Michael L. Perlis, 博士

Carla Jungquist, 家庭护士

Michael T. Smith, 博士

Donn Posner, 博士

## 致谢

在编写本书的过程中,我们有幸能够检索到那些活跃在睡眠行为医学这个新生学科的研究者的成果,特对以下人员表示感谢,感谢他们付出的时间和与我们分享的观点。

Richard Bootzin, 亚利桑那大学

Daniel Buysse, 匹兹堡大学

Jack Edinger, 杜克大学

Ken Lichstein, 亚拉巴马大学

Art Spielman, 纽约城市学院

Edward Stepanski, 罗许长老教会圣路加医学中心

Colin Espie, 格拉斯哥大学

Charles Morin, 拉瓦尔大学

Celyne Bastien, 拉瓦尔大学

Allison Harvey, 加州大学伯克利分校

Sara Matteson, 罗彻斯特大学睡眠与神经生理研究实验室

Wilfred R. Pigeon, 罗彻斯特大学睡眠与神经生理研究实验室

Michael L. Perlis, 博士

Carla Jungquist, 家庭护士

Michael T. Smith, 博士

Donn Posner, 博士

### Michael L. Perlis, 博士

Perlis博士是罗彻斯特大学医学中心精神科和神经科学项目的副教授,也是罗彻斯特大学睡眠研究实验室和睡眠行为医学部的主任。他是睡眠行为医学领域的临床专家。他的研究兴趣包括精神障碍的睡眠、失眠症的神经认知心理现象、失眠的认知行为治疗和镇静催眠药的作用机制、失眠症替代治疗方式的发展。他是睡眠行为医学领域第一本教科书的高级编辑,也是睡眠行为医学杂志的编委,同时还是美国睡眠医学协会睡眠行为医学的创办人。

### Carla Jungquist, 家庭护士

Jungquist女士是一名专门从事疼痛和睡眠方面的家庭护理医师,是罗彻斯特大学睡眠行为医学部临床医师,也是罗彻斯特大学睡眠研究实验室的医学顾问,是国立卫生研究院资助的研究——评价用于失眠症的认知行为治疗在慢性疼痛患者中的疗效——的主要合作研究者。她还是疼痛管理护理协会的董事会成员,是罗彻斯特大学护理学院的博士研究生。

### Michael T. Smith, 博士

Smith博士是约翰·霍普金斯大学医学院行为科学和精神病学的助理教授。是一名执业临床心理治疗师,在睡眠行为医学方面得到了美国睡眠医学协会的认证。Smith博士在约翰·霍普金斯行为医学研究室和诊所进行临床研究和实践。他的研究方向主要是失眠和睡眠剥夺的神经行为病因和结果,尤其是发生于慢性疼痛情况下的失眠。

### Donn Posner, 博士

Posner博士是布朗医学院人类行为学和精神病学助理教授。他也是罗德岛州Lifespan医院睡眠障碍中心睡眠行为医学项目主任。16年来他致力于研究睡眠障碍的治疗,其中11年作为布朗临床心理学实习生睡眠行为医学轮转计划的主要督导师和指导者。他也是美国睡眠医学协会会员,最近成为该协会认证的第一批睡眠行为医学专家。

# 目 录

第1章 失眠的定义 .....	1
第2章 失眠的认知行为治疗的概念框架 .....	6
第3章 治疗的组成 .....	10
第4章 失眠的认知行为治疗的逐次晤谈 .....	30
第5章 关于患者疑问和挑战的失眠的认知行为治疗的对话案例 .....	95
第6章 案例举例 .....	109
参考文献.....	129
词汇表.....	135
附录.....	147
附录1 睡眠效率的计算 .....	147
附录2 临床手册范例：封面和封底 .....	149
附录3 治疗图的样本 .....	151
附录4A 医疗记录清单 .....	152
附录4B 临床症状清单 .....	153
附录4C 睡眠障碍的症状清单 .....	154
附录4D 睡眠环境清单 .....	155
附录4E 动机变化指数 .....	156
附录5 睡眠日记 .....	157
附录6 睡眠日记：一周一览表 .....	159
索引.....	160

对话#1：患者对失眠的描述 .....	7
对话#2：治疗师向患者介绍自己 .....	31
对话#3：提出治疗选择 .....	39
对话#4：治疗中是否要继续服用目前的药物？ .....	41
对话#5：为什么我不能立刻开始治疗？ .....	43
对话#6：设置每周日常事项的期待 .....	44
对话#7：讨论在床时间和总睡眠时间的“不匹配” .....	47
对话#8：讨论易感因素、诱因及维持因素 .....	48
对话#9：设置睡眠限制和刺激控制 .....	50
对话#10：为什么我不能至少在床上休息？ .....	52
对话#11：确定患者能理解“去做”列表 .....	54
对话#12：如果我很享受熬夜会发生什么呢？ .....	56
对话#13：证实总睡眠时间是计算出的而不是估计的 .....	58
对话#14：用认知重建处理非依从性 .....	62
对话#15：什么……我不得不更多地限制自己？ .....	64
对话#16：睡眠卫生之一，内稳态、觉醒时间和运动 .....	66
对话#17：睡眠卫生之二，运动的另一面和卧室环境 .....	67
对话#18：睡眠卫生之三，规则饮食、限制饮水和咖啡因 .....	69
对话#19：睡眠卫生之四，酒精和尼古丁 .....	70
对话#20：睡眠卫生之五，不要带着问题上床 .....	71
对话#21：睡眠卫生之六，不要用尽办法去入睡 .....	73
对话#22：睡眠卫生之七，看钟和小睡 .....	73
对话#23：讨论睡眠状态的知觉异常 .....	78

对话#24 : 为认知重建设置阶段 .....	83
对话#25 : 计算患者失眠有多长时间(用天计算) .....	83
对话#26 : 识别和记录灾难性想法 .....	84
对话#27 : 评估患者的可能性估计 .....	85
对话#28 : 判断预期灾难发生的真实概率 .....	86
对话#29 : 患者估计和灾难性结果的可能性间的不匹配 .....	86
对话#30 : 提供对灾难性想法的批判 .....	87
对话#31 : 如果我再次失眠,会怎么样? .....	92
对话#32 : 我在填写睡眠日记时有困难 .....	95
对话#33 : 为什么我要写睡眠日记? .....	96
对话#34 : 我们不能使用高级设备去测量睡眠吗? .....	97
对话#35 : 我似乎不是总记得填写日记 .....	98
对话#36 : 要停止服用睡眠药,我真的很紧张 .....	99
对话#37 : 我曾尝试过,但还是不能停止服用安眠药 .....	100
对话#38 : 假如失眠了,我还能够正常工作吗? .....	102
对话#39 : 不,真的,确实有一段时间我缺失了日常生活功能 .....	103
对话#40 : 我已经尝试了行为方面的治疗,但是并不起作用 .....	104
对话#41 : 我不可能熬夜到那么晚! .....	106

## 第1章 失眠的定义

20世纪80年代早期,睡眠医学刚刚开始发展,非常普遍的说法是“失眠是一个症状,而不是一种疾病”。这种观点可能是因为人们相信多导睡眠监测(polysomnographic, PSG)的研究可以揭示所有的病理机制,如引起失眠及所伴随的乏力和嗜睡症状的机制。经过20多年睡眠研究和睡眠医学的发展后,我们发现一个有趣的事实,“所有陈旧的事物再次变新”,即失眠症再次被认为是疾病分类学中一个明确的疾病。下面将介绍三个主要的关于失眠的定义,以及关于其慢性化、发生频率和严重程度的讨论。介绍这些知识是为了使读者对失眠的定义有明确的了解,能知道诊断失眠症时会碰到的一些困难。

### 三个最常见的失眠的定义

#### 失眠

世界卫生组织定义失眠为一周内至少有三个晚上出现入睡困难和(或)难以维持睡眠,或者有无法恢复精力的睡眠引起的不适,伴随白天的苦恼或影响社会功能<sup>[6]</sup>。

#### 原发性失眠

原发性失眠是美国精神病学协会诊断标准(DSM-IV)采用的术语<sup>[7]</sup>,用于区分失眠是独立的疾病诊断还是潜在的躯体疾病和(或)精神障碍的症状之一。美国精神病学协会规定原发性失眠的病程是1个月,突出的主诉为入睡困难、维持睡眠困难或睡眠质量差。无论是哪种情况,都必须存在明显的苦恼和白天社会功能的损害,并且不是其他躯体疾病、精神障碍或睡眠障碍的结果。

#### 心理生理性失眠

根据美国睡眠医学协会分类系统(国际睡眠障碍分类系统-修正版, ICSD-R)<sup>[8]</sup>,原发性失眠归类为“心理生理性失眠”。国际睡眠障碍分类系统-修正版的定义将疾病与病因学基础联系地更直接。用这个术语描述该疾病的优点是体现出失眠是如何被激发和维持的。心理生理性失眠是指由躯体化紧张和习得性阻睡联想导致的以失眠和觉醒状态下的功能受损为主诉的一种精神障

碍<sup>[8]</sup>。躯体化紧张不仅仅指患者的主观感受,也包括准备入睡时客观测量到的过度的躯体唤醒。躯体唤醒是以外周神经系统活动为特征,常见表现有肌肉紧张度增加、心率增快、出汗等。习得性阻睡联想是一种入睡前唤醒的形式,一般限于出现在卧室。入睡前唤醒常见的指标有入睡前侵入性认知、思维奔逸、思维反刍。

有趣的是,上述分类系统都没有正式地提到临床上以往用早段、中段、末段失眠来描述失眠的方法。早段失眠也称为睡眠起始障碍,是指入睡困难。中段失眠也称为睡眠维持性障碍,是指睡眠中存在频繁的和延长的觉醒。末段失眠也称为早醒,是指比期望的时间更早醒来,且不能再入睡。现代观点中不再使用上述术语并不意味着临床工作者不使用它们来描述失眠。

### 疾病特点(病程和严重程度)

除了用明确的定义描述这个疾病外,还需要描述疾病的病程和严重程度。一般来说,病程以急性还是慢性来描述,严重程度往往仅根据主诉的频率来描述。

#### 疾病病程

一般将持续时间少于1个月的失眠视为“急性失眠”,常与明确的诱发因素有关,如应激、急性疼痛或药物滥用。症状持续1个月以上不缓解即视为慢性失眠,若持续半年及以上则更为典型。请注意这种区分的临界值是相对随意的,是根据传统医学对短期和长期病程的定义来区分的。目前,还没有使用风险模型来评估失眠自然病程的研究。因此,当疾病存在严重性、持久性和“自身延续性”(为了更好地表达)时,没有更好的术语来明确定义其为慢性。

区分急性和慢性失眠的一个临床线索是患者描述主诉的方式。当患者不再将失眠与促发因素因果联系在一起,而是指出他们的失眠问题“成为了自己生活的一部分”时,这种变化可能成为区分急性和慢性障碍的分界点,也提示何时应该使用认知行为治疗。

#### 疾病的严重性

一般来说,严重性是根据症状的频率和强度来确定的。这两个方面都与失眠有关,尽管如上所述,但在进行相应诊断时仅仅考虑症状的频率。

#### 频率

现在没有固定的标准来确定症状的频繁程度。大部分临床研究者认为患者每周必须要至少三个晚上有失眠问题。这个分界值更多地意味着在研究中达



到这个频率的情况下疾病发生的风险会增高,而并非说少于每周三个晚上的失眠情况是“正常”的。

更重要的问题是,根据症状的频率确定失眠的严重程度默认了两点:①失眠症状一般不会是每晚都发生的;②症状越频繁,疾病越严重。第二点似乎有重复表达,对于所有疾病来说,患者如何看待失眠尤为重要。如果失眠是偶发的,那么症状可能与那些导致原发性失眠的因素关系不大,而与社会、环境和生物周期变化这些因素关系更密切。因此,这些不太严重(发生频率少)的失眠症不是传统的失眠的认知行为治疗的适应证,但可以通过确定导致失眠间断出现的因素和提供针对这些特定因素的治疗手段来更好地治疗这类疾病。

### 强度

在这个领域,没有一个关于“严重性”是由哪些部分构成的正式诊断标准。大部分临床研究者认为至少30分钟才能入睡或醒后超过30分钟不能再入睡是区分正常与异常睡眠的分界点。然而,Lichstein和他的同事最近的研究提示这个标准最好是“大于30分钟”,因为人群研究结果表明,这个标准与失眠的发生率关联更好<sup>[9]</sup>。尽管这个研究结果是学术上的区分,但它指出了在我们的生活中,哪些是正常或可接受的睡眠,哪些是异常的睡眠。而且,较低的“严重”的标准(例如30分钟)也能提醒我们在缺少被广泛接受的睡眠障碍标准时,要考虑主观感受。例如,一个患者主诉有睡眠问题,但是很肯定地声称要15分钟才能入睡。尽管这种病例不多,但这类不符合诊断标准的病例提示临床工作者应该采用其他的干预措施而不是失眠的认知行为治疗。

对于多长时间的睡眠才算“正常”,很多研究者不愿意用一个固定的数值来回答。其中一些人倾向于给“什么是过少的睡眠”下定义,大部分人同意每晚睡6或6.5个小时为临界值。研究者不愿意设定一个总的睡眠时间的部分原因是因为要准确地规定一个区分正常和异常的时间有困难。根据一个单一数值来确定何为病态会因为年龄、既往睡眠情况和个体基础睡眠需求水平等因素而显得混淆不清。没有规定总的睡眠时间临界值的另一个原因可能是有时即使没有睡眠时间的减少,也存在深度睡眠起始或维持的问题。例如,通常需要2小时才能入睡的患者,入睡后睡眠时间延长2小时或更多,可能没有经历睡眠时间减少。无论用任何标准衡量,其总体睡眠时间都是正常的。

这点区别是很关键的,因为通常认为失眠是睡眠剥夺的同义语,而正是睡眠缺乏导致了白天的后遗症。然而,很肯定的一点是白天的症状可以用慢性睡