認識失眠與治療

張羽亭 廖淑眉

一、前言

失眠是一種常見疾病，主要特徵為在擁有充足的睡眠機會下，仍難以入睡或維持睡眠，進而影響日常生活功能，如煩躁、注意力不集中、醒來後疲勞等。當這些症狀持續超過三個月且每週發生三次以上時，即可診斷為慢性失眠。[1] 持續失眠會導致病人嚴重痛苦、行為功能障礙、健康狀態不佳，包括增加重度憂鬱、高血壓和工作能力下降的風險。[2]

大多數失眠的成因仍不清楚，但促成的原因可能是環境、心理、神經或行為等因素。[1] 失眠經常與其他疾病 (如：疼痛)、精神疾病 (如：憂鬱症) 以及其他睡眠障礙 (如：不寧腿症候群、睡眠呼吸中止症) 同時發生。[2]

失眠的盛行率在成年人群中約為三分之一，定義是至少出現一種夜間症狀(如：入睡困難、維持睡眠困難)，當症狀嚴重到影響日常生活功能時，盛行率就會下降到約成年人的 10% 左右。與男性相比，女性失眠的風險約高出 60%，失眠的盛行率也會隨著年齡的上升而增加。[1]

二、失眠的診斷

精神疾病診斷準則手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision，DSM-5-TR) 對失眠的診斷標準如下：

1. 對睡眠時間或睡眠品質的不滿意，並伴隨以下一項或多項症狀：入睡困難、維持睡眠困難 (如：頻繁醒來或醒來後難以重新入睡)、清晨過早醒來且無法再次入睡。
2. 因睡眠障礙導致在社交、職場、教育、學業、行為或其他重要功能上出現明顯困擾。
3. 每週至少發生三次。
4. 症狀持續至少三個月。
5. 在有足夠睡眠機會的情況下仍存在睡眠障礙。
6. 無法以其他睡眠-覺醒障礙 (如：嗜睡症、睡眠呼吸中止症、晝夜節律睡眠障礙等) 解釋，且失眠不僅限於此類問題發作期間。
7. 失眠不是由於某些物質 (如藥物、毒品等) 的生理作用所引起。
8. 心理或身體疾病無法更好地解釋此失眠現象。[3]

三、失眠治療的種類

目前治療失眠的方法包括處方藥、非處方藥、認知行為療法 (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I)，以及補充與替代療法 (如保健食品、針灸等)。[4]

常見的治療流程是，病人在初期先使用非處方藥物；若失眠情況持續，則尋求醫師協助開立處方藥。由於缺乏接受專業訓練的治療師，實際接受 CBT-I 的病人比例仍偏低[2]。

I. 認知行為療法 (Cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)

CBT-I 是一種針對失眠的多元治療方法，主要解決入睡困難與維持睡眠困難。治療通常包含六至八次療程 (單次約 30–90 分鐘)，每次皆有不同目標，包括：初步評估、建立基本概念、提供個別介入措施、依從性管理、以及預防復發等 (詳見表一)。療程安排可依個人需求進行調整，無論是面對面、遠距視訊、個別諮詢或團體治療，皆能靈活運用。CBT-I 的結構包含兩大核心技術與兩項輔助策略：

表一、CBT-I 療程[5]

療程	主題	內容
1	CBT-I 的評估與介紹	• 確定病人的主訴和合併症 • 評估 • 如何執行睡眠日記
2	認識 SRT 和 SCT	• 查看睡眠日記 • 認識失眠三因子模式 (3P model of insomnia) • 睡眠限制和刺激控制 • 制定睡眠處方 (patient's prescribed time in bed, PTIB)
3	睡眠衛生教育	• 查看睡眠日記 • 發現問題並制定策略來提高對新睡眠時間表的遵守 • 引入睡眠衛生教育
4	認知療法	• 查看睡眠日記 • 發現問題並制定策略來提高依從性 • 引入認知療法
5-7	認知治療、 依從性管理	• 回顧睡眠日記並對 PTIB 做出適當調整(若治療效果已達到且睡眠時間充足，則可進入第8療程) • 發現問題並制定策略來提高依從性 • 回顧睡眠衛生變化 • 根據需要持續認知治療
8	預防復發	• 回顧睡眠日記和治療進展 • 討論如何預防復發 • 總結最終建議，每3個月後續追蹤

- 核心技術：
    - 睡眠限制療法(Sleep Restriction Therapy, SRT)
    - 刺激控制療法(Stimulus Control Therapy, SCT)
- 輔助策略：
    - 睡眠衛生教育(Sleep Hygiene, SH)
    - 認知療法(Cognitive Therapy, CT)[5]

睡眠限制療法 (SRT)

慢性失眠者常會為了「補眠」而延長躺床時間，例如提早上床、晚點起床或白天小睡，這種做法往往導致睡眠能力 (實際睡眠時間) 與睡眠機會 (躺床時間) 之間的失衡。SRT 的目標是使病人的躺床時間與實際睡眠時間相符，增加生理性的睡眠驅動，進而改善入睡困難或頻繁夜間醒來的情況。療程中需持續記錄睡眠日記並每週調整時間表，執行步驟如下：

1. 透過持續兩週的睡眠日記評估平均睡眠時數，作為基礎期睡眠時間。
2. 固定一個可遵守的起床時間。
3. 從起床時間倒推基礎期睡眠時間，決定上床時間 (例如：若預估睡眠需求為 6 小時，起床時間為早上 7 點，則上床時間為凌晨 1 點)。
4. 每週計算睡眠效率 (SE = 實際睡眠時間 ÷ 躺床時間 x 100%)：
    - SE < 85%：縮短躺床時間 15 分鐘。
    - SE 85–90%：維持不變。
    - SE > 90%：延長躺床時間 15 分鐘[5]。

刺激控制療法 (SCT)

對於睡眠品質良好者而言，與睡眠相關的刺激 (如床、臥室) 會與入睡行為建立正向聯結。但失眠者往往在床上進行其他清醒時的活動 (如閱讀、滑手機、看電視等)，導致床與清醒狀態產生錯誤連結，形成「床=清醒」的條件反射。SCT 旨在重建「床=睡眠」的正向聯結，以下原則是培養良好睡眠習慣的核心，即使症狀改善後也應持續遵守：

1. 只有在感到睏意時才上床。
2. 除睡眠與性生活外，避免在床上進行其他活動。
3. 若 15–20 分鐘內無法入睡，應起床並移至其他空間，等有睡意後再回床。必要時整晚重複此模式。
4. 每天於固定時間起床 (即使前一晚睡不好亦須堅持)。
5. 白天避免小睡。[5]

睡眠衛生教育 (SH)

雖然單獨實施SH的治療成效有限，但它仍是 CBT-I 中不可或缺的一部分。SH 提供與睡眠相關的行為與環境資訊，有助於促進良好的睡眠習慣。SH 通常以簡明手冊形式呈現，列出可調整的生活方式與環境因子，降低失眠風險，例如：

- 減少睡前咖啡因與酒精攝取。
- 避免白天午睡。
- 創造安靜、黑暗、舒適的睡眠環境。
- 維持規律作息。
- 白天適量運動(但避免睡前劇烈運動)。[5]

認知療法 (CT)

CT是一種透過蘇格拉底式提問和行為實驗的心理學療法，用於修正失眠者對睡眠的常見誤解，並重新調整對失眠及其白天影響的負面信念。CT還能幫助減少因睡眠困難及其對白天工作生活等影響的過度擔憂。此外，還可能運用其他認知策略，例如「矛盾意圖法」，也就是刻意嘗試保持清醒，而不是強迫自己入睡，從而減輕因努力入睡而產生的焦慮。[2]

大多數治療方案和已發表的手冊將 SRT 和 SCT 作為互補療法進行。SRT 的主要目的是增強身體對睡眠的生理驅動 (入睡的傾向)，並促進持續睡眠。SCT 的主要目的是通過行為改變來減少夜間的清醒狀態。即使沒有傳統的認知療法練習 (如破解不合理信念和應對災難化想法)，SRT 和 SCT 仍然包括認知工作的部分，這需要透過治療師的解釋和推動來增強失眠者對治療處方的順從性。[5]

II. 藥物治療

過去20年來，美國安眠藥物的處方模式發生了重大變化。Benzodiazepine的處方數量穩定下降，而trazodone的處方逐漸上升，儘管trazodone未被美國食品藥品監督管理局 (FDA) 核准用於失眠治療。此外，食慾素受體拮抗劑 (orexin receptor antagonist) 於2014年推出並廣泛地使用。安眠藥物的處方在女性、老年人和非西班牙裔白人中較為常見，這反映了失眠的流行病學特性。表二總結了主要的安眠藥物類別，儘管這些藥物經常長期使用，但關於安眠藥物的長期療效和副作用的研究資料仍然相對缺乏。[2]

Benzodiazepine受體作用劑

Benzodiazepine 受體作用劑包括 benzodiazepine 類藥物 (BZD) 和非 benzodiazepine藥物 (亦稱為Z-drugs)。兩者具不同的化學結構，但都作用於中樞神經系統GABA-A受體上的benzodiazepine接受器，某些成分 (如：zolpidem) 對於負責促進睡眠的GABA-A受體亞群具特異性，因此對於抗焦慮、肌肉鬆弛和抗癲癇的影響較小。然而在實際應用上，benzodiazepine受體作用劑之間的藥效差異不如藥物動力學特性 (特別是半衰期) 之差異來得顯著。國內核准用於治療失眠的 BZD 藥物包含 brotizolam、estazolam、flunitrazepam 等，Z-drugs 包含 zolpidem、zopiclone、zaleplon、eszopiclone。臨床試驗與統合分析 (Meta-analysis) 顯示，benzodiazepine受體作用劑能有效縮短入睡時間和減少睡眠中斷，並可使總睡眠時間略微增加 (如表二)。使用benzodiazepine受體作用劑可能發生順向失憶症 (<5%)、隔日嗜睡 (5%-10%) 以及複雜性睡眠相關行為 (3%至5%)，如夢遊、進食與駕駛，其中夢遊等副作用是導致zolpidem、zaleplon和eszopiclone被標註黑框警示 (black-box warnings) 的原因。副作用的發生率在以下情形將可能提高，如：高劑量、長時間或同時使用其他鎮靜藥物。約 20% 至 50% 的病人在長期使用benzodiazepine受體作用劑下引起耐藥性和生理依賴性，其表現為反彈性失眠和戒斷症候群。數據也顯示，長期使用benzodiazepine受體作用劑會增加髖部骨折和失智症的風險，且風險會隨著使用劑量和時間的增加而上升。

表二、失眠治療藥物[2]

分類	品項(半衰期)	優點	缺點	效應大小 (effect size, ES) (95% CI)*
Benzodiazepine receptor agonists†		對於經 FDA 核准的藥物，在入睡和維持睡眠方面有一致的療效證據。其半衰期的範圍能夠適應不同的症狀特徵	• 短期風險：嗜睡、順向失憶症、認知和精神運動障礙、噁心、頭痛、反彈性失眠 • 長期風險：跌倒、髖部骨折、生理性依賴、憂鬱、癡呆	Short-acting, 0.83 (0.62 to 1.04); intermediate-acting, 0.67 (0.52 to 0.82); long-acting, 0.58 (0.42 to 0.73); eszopiclone, 0.51 (0.35 to 0.68); zolpidem, 0.45 (0.36 to 0.56); zaleplon, 0.19 (0.00 to 0.37)
Benzodiazepines (BZD) *	Triazolam (4 hr)†, temazepam (10 hr)†, clonazepam (30 hr)†‡			
Nonbenzodiazepines (Z-drugs)	Zolpidem (2.5 hr)†, zaleplon (1 hr)†, eszopiclone (6 hr)†			
Orexin receptor antagonists	Suvorexant (12 hr), lemborexant (18 hr), daridorexant (8 hr)	對於入睡和維持睡眠有一致的療效證據。與BZD相比，產生認知和精神運動障礙的風險較低；濫用和生理依賴的可能性低。	• 短期風險：嗜睡、認知和精神運動障礙、頭暈、頭痛、異夢、夢魘、睡眠癱瘓、複雜的睡眠相關行為、憂鬱症加重 • 禁忌症：嗜睡症	Daridorexant, 0.23 (−0.01 to 0.48); lemborexant, 0.36 (0.08 to 0.63); suvorexant, 0.31 (0.01 to 0.62)
Sedating antidepressants	Doxepin (15 hr), trazodone (9 hr),‡, mirtazapine (30 hr)†‡, amitriptyline (30 hr)†‡	維持睡眠的療效數據有一致證據，但對入睡的效果實證則較為不一。濫用機率較低。	• 短期風險：嗜睡、認知和精神運動障礙、心臟傳導延遲、抗膽鹼、噁心、血清素症候群、自殺風險增加 • 長期風險：跌倒、髖部骨折、癡呆、生理性依賴 (如反彈性失眠)；mirtazapine可能引起體重增加、影響代謝 (如：葡萄糖及脂肪代謝)	Doxepin, 0.30 (−0.05 to 0.64); trazodone, 0.52 (0.16 to 0.89)

Melatonin, melatonin receptor agonists	Melatonin (1 hr)‡, ramelteon (2 hr) tasimelteon (1–4 hr)‡	證據顯示對於入睡的有療效。對神經發展障礙的兒童失眠也具療效。副作用和濫用情形較少見。	• 對維持睡眠無效 • 短期風險：鎮靜、疲勞、頭暈、噁心、異夢	Melatonin, 0.13 (−0.11 to 0.38); ramelteon, 0.12 (−0.14 to 0.37); tasimelteon
Sedating antihistamines	Diphenhydramine (6 hr)†, doxylamine (10 hr)†, hydroxyzine (20 hr)†‡	可在藥局購買(非處方藥) 或由醫師處方。	• 對於失眠療效的數據有限 • 短期風險：鎮靜、認知和精神運動障礙、抗膽鹼 (如：口乾) • 長期風險：失智症	證據不足
Sedating antipsychotics	Quetiapine (6 hr)†‡, olanzapine (30 hr)†‡	在治療思覺失調或躁鬱症的試驗中具有鎮靜作用。小型研究顯示在失眠者的自我報告和多導睡眠檢查中具有正向結果。	• 失眠的療效資料有限 • 短期風險：嗜睡、頭暈、認知和精神運動障礙、低血壓、頭痛、口乾 • 長期風險：影響代謝(如：葡萄糖及脂肪代謝)、體重增加	證據不足
Miscellaneous	Gabapentin (7 hr)†‡, pregabalin (6 hr)†‡	證據顯示對於慢性疼痛 (通常伴隨失眠) 的具療效。臨床試驗中，對於其他病症有主觀上鎮靜作用。	• 失眠的療效資料稀少且不一致。 • 短期風險：嗜睡、頭暈、認知和精神運動障礙、水腫、呼吸抑制 • 長期風險：憂鬱症和自殺風險、生理性依賴	證據不足

* 對於新藥物治療 (使用時間少於4週) 在主要結果上的效應大小，根據任何病人評估的量表來定義，包括失眠嚴重程度指數 (Insomnia Severity Index)、匹茲堡睡眠品質指數 (Pittsburgh Sleep Quality Index)、利茲睡眠問卷 (Leeds Sleep Questionnaire) 和睡眠日誌。當SE為0.2時屬於小的，0.5屬於中等的，0.8屬於是大的。

† Beers Criteria (65歲以上病人相對不適宜使用的藥物之列表) 建議應避免使用此藥物。

‡ 該藥物並未獲得FDA核准用於治療失眠。表中列出的所有藥物均被FDA歸類為懷孕分級C類，以下為例外情況： triazolam、temazepam (X級)；克clonazepam (D級)；diphenhydramine、doxylamin (B級)。

然而這些風險可能部分受到「適應症混雜因素」的影響，也就是說，原本需要使用這些藥物的病人 (如：老年人) 本來就可能有較高的髖部骨折或失智症風險，這可能使研究結果顯示的風險比實際上更高。[2]

鎮靜性雜環藥物

經常用於失眠治療的抗憂鬱藥物具較佳的鎮靜、安眠效果，包括三環抗憂鬱劑 (如：amitriptyline、doxepin) 與其他雜環類藥物 (如：mirtazapine、trazodone)[6]，但只有doxepin (劑量：睡前3-6mg) 取得FDA核准的失眠適應症。用於治療失眠的藥物劑量，通常比起治療憂鬱症的劑量低，且用於失眠時藥效較快，表示藥物對於兩種適應症的作用機制不同。儘管鎮靜性雜環藥物已被廣泛使用，但除doxepin外，其在治療失眠方面的療效並未得到對照試驗的充分支持。Meta-analysis資料顯示trazodone對入睡潛伏期 (由關燈至入睡期)、入睡後覺醒時間和總睡眠時間的影響並不一致。目前的證據顯示，鎮靜抗憂鬱藥物總體上可以提高睡眠品質、睡眠效率和總睡眠時間，但對睡眠潛伏期影響不大。在副作用方面，常見的有鎮靜、口乾、心臟傳導延遲、低血壓或高血壓。用於治療思覺失調症和雙相情感障礙的鎮靜雜環藥物 (如：quetiapine 、olanzapine) 有時也被用來治療失眠。然而，這些藥物可能帶來心血管、代謝和神經系統方面的風險，因此除非病人同時患有精神疾病，否則不建議使用。[2]

食慾素受體拮抗劑

食慾素 (orexin) 是一種神經肽，又名下視丘泌素 (hypocretin)，透過從下視丘投射到大腦皮質及多種促進清醒的神經傳導物質 (如：histamine、acetylcholine、dopamine、serotonin、norepinephrin) 的神經核，來促進並穩定清醒狀態。而雙重食慾素受體拮抗劑 (dual orexin receptor antagonists, DORA) 如：suvorexant、lemborexant、daridorexant則能拮抗orexin受體，藉此減少清醒驅動力，幫助入睡。7三種藥物都取得FDA的核准，可用於失眠治療，臨床試驗證明其對入睡和睡眠維持具有療效，而副作用包括鎮靜、疲勞和異夢，但認知障礙的副作用較BZD少。由於內源性orexin不足會導致猝睡症合併猝倒症(narcolepsy with cataplexy)，因此DORA不適用於這類病人。[2]

褪黑激素及褪黑激素受體作用劑

褪黑激素 (melatonin) 是一種松果體激素，人體會在夜晚昏暗時自動分泌，額外補充的外源性melatonin則會在體內產生超過生理範圍的血中濃度，其持續時間則取決於不同劑量和處方。多少melatonin劑量才最適合治療失眠目前尚無定論，針對成人的對照試驗顯示，melatonin對入睡困難的失眠、睡眠品質、總睡眠時間的影響都不大。Melatonin在兒童中的應用日益增加，尤其用於睡眠問題，但除非是神經發育障礙兒童，其療效和安全性仍未被充分證實。取得FDA的核准的藥物如下：ramelteon可用於入睡困難型失眠，tasimelteon可用於晝夜節律性睡眠障礙 (circadian-rhythm sleep–wake disorder)。[2]

其他藥物

指示藥 (如：diphenhydramine) 和處方藥 (如：hydroxyzine) 是治療失眠最常用的抗組織胺，支持其療效的數據薄弱，但與benzodiazepine受體作用劑相比，可能因為容易取得且被認為較為安全等種種原因，使其較受歡迎。不過鎮靜性抗組織胺可能會引起過度嗜睡、抗膽鹼的副作用，並增加癡呆症的風險。GABA (γ-aminobutyric acid) 類似物 (如：gabapentin、pregabalin) 常用於治療慢性疼痛，也是治療不寧腿症候群 (Restless legs syndrome) 的第一線藥物，這些藥物會產生鎮靜作用並增加慢波睡眠 (slow-wave sleep)，因此常標示外使用 (off-label use) 於失眠的治療，特別是用於伴隨疼痛的失眠者。最常見的副作用包括疲勞、嗜睡、頭暈和共濟失調 (ataxia)。[2]

III. 補充與替代療法

補充與替代療法被廣泛應用於失眠的治療，這些方法包括身心療法 (如：冥想、催眠、氣功、太極、瑜伽)、手法治療 (如：脊椎按摩/整骨醫學、按摩)、以及各種保健食品與其他替代療法 (如：針灸、順勢療法、能量治療/靈氣、運動療法、自然療法、傳統治療師) 等。大麻 (Cannabis)、大麻二酚 (cannabidiol, CBD) 和四氫大麻酚 (tetrahydrocannabinol, THC) 也被用來治療睡眠問題，但相關研究結果不一。由於缺乏大型且控制良好的臨床試驗，支持這些藥物治療失眠的證據品質較低，且長期使用可能會產生耐受性。此外，不同劑量下的效果也有所不同，例如CBD在低劑量時可能有刺激作用，而在高劑量時則會產生鎮靜作用；而THC則呈現相反的效果。[2]

IV. 安眠藥物之選擇

短效BZD、DORA或低劑量的雜環藥物在大多數情況下都是合理的首選。BZD可能較適用於治療以入睡困難為主的成人，尤其是只需要短期使用 (如：解決急性或週期性壓力) 的情況。低劑量的雜環藥物或DORA則可能較適用於治療以睡眠維持困難或早醒為主的失眠，或是患有睡眠呼吸中止症的病人及老年人。根據《Beers Criteria》，列出不適合65歲以上長者使用的藥物，包括BZD與雜環藥物，但不包括doxepin、trazodone與DORA。初始治療通常會每晚使用2-4週 (睡前15到30分鐘服用藥物)，接著重新評估藥效和副作用。若適合長期使用，建議間歇性給藥 (每週2-4次)。有些人可能會在長期使用下產生依賴 (特別是BZD)，計畫性的減少劑量 (如：每週減少25%) 有助於長期使用安眠藥的病人減低劑量或停藥。2

V. 合併治療或單一治療

少數的頭對頭試驗 (Head-to-Head trial) 顯示，CBT-I和安眠藥 (主要是Z-drugs) 在短期內 (4-8週) 對改善睡眠連續性效果相當，不過安眠藥能增加的總睡眠時間比CBT-I明顯。合併兩種療法能比單獨使用CBT-I更快改善睡眠，但該優勢到了第4或第5週就會減弱。此外，CBT-I 單獨使用時，比安眠藥或合併療法能帶來的好處是更持久的。然而，當有服用安眠藥這種較簡單的方法可用時，有些病人可能會比較不願意遵守CBT-I的建議。[2]

四、結論

失眠的治療方式可分為CBT-I和藥物治療兩大類。CBT-I對長期失眠的改善效果顯著，多項研究結果也顯示，CBT-I能有效改善睡眠品質，且在失眠的長期管理中具有較高的成功率。因此，各大指引將CBT-I列為治療失眠的首選療法。至於藥物治療方面，建議使用FDA核准的治療失眠藥物 (如benzodiazepine 受體作用劑、DORA、doxepin)，短期使用可幫助改善失眠，但長期使用可能帶來依賴性和副作用，因此應謹慎使用，並建議與CBT-I併用。總體而言，CBT-I為治療失眠的首選方式，而藥物治療則可作為輔助手段。[2、9-13]

五、參考資料

1. Rebecca R, Stuart FQ. Sleep Disorders. NEJM Evid 2024;3:1-10
2. Charles MM, Daniel JB. Management of Insomnia. N Engl J Med 2024;391:247-58
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 5th ed. Text Revision ed. (DSM-5-TR) American Psychiatric Association; 2022 May.
4. Jack DE, J TA, Suzanne MB, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. J Clin Sleep Med. 2021;17:263-98.
5. Klin SP. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I): A Primer. Klin Spec Psihol. 2022;11:123-37.
6. 鍾慧，楊瑛碧，譚延輝。抗憂鬱藥物治療失眠之適當性評估。長期照護雜誌 2013 Aug;17:97-104
7. David NN. Pharmacotherapy for insomnia in adults. UpToDate, Last Updated: November 2024. Available at https://www.uptodate.com/contents/search. Accessed February 2025.
8. Suzanne MB, Rebecca EW, Michael TS, et al. Use of Relaxation Techniques and Complementary and Alternative Medicine by American Adults with Insomnia Symptoms: Results from a National Survey. J Clin Sleep Med. 2012;8:681–91.
9. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. J Clin Sleep Med 2021;17:263-98.
10. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res 2017;26:675-700.

11. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2016;165:125-33.
12. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med 2017;13:307-49.
13. Mysliwiec V, Martin JL, Ulmer CS, et al. The management of chronic insomnia disorder and obstructive sleep apnea: synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guidelines. Ann Intern Med 2020;172:325-36.