

失眠认知行为疗法病例总结并文献综述

程涵蓉*, 魏永莉, 杨汉芸, 林少芳, 温申萍, 郑水霞, 唐玉鸣

暨南大学第二临床医学院, 南方科技大学第一附属医院, 深圳市人民医院呼吸疾病研究所睡眠医学中心, 广东 深圳

Email: *chr621@163.com

收稿日期: 2020年8月31日; 录用日期: 2020年9月15日; 发布日期: 2020年9月22日

摘要

目的: 美国医师学会(ACP)将认知行为疗法(CBT-I)确定为治疗失眠的一线疗法。探讨失眠认知行为疗法应用现状。方法: 对深圳市人民医院呼研所睡眠医学中心2019年10月至2020年2月60例失眠患者行CBTI, 进行总结并结合文献综述失眠认知行为疗法的获取途径和利用率。结果: 60例患者中55名失眠患者睡眠效率提高, 总睡眠时间延长, ISI评分显著下降, 其中5例患者中途退出CBTI治疗。结论: 尽管CBT-I改善了睡眠质量并降低了安眠药依赖的风险, 但目前患者很少接受这种治疗。在常规医疗环境中提供CBTI的三种不同类别的障碍。首先, 系统障碍导致接触CBT-I和行为睡眠医学(BSM)提供者的机会有限。其次, 由于缺乏知识、治疗信念以及缺乏评估和治疗失眠的动机, 普通医护人员没有充分筛查睡眠问题并适当转诊。最后, 患者的问题: 由于缺乏知识、治疗信念以及获取CBTI的途径有限, 患者参与CBT-I受限。结论: 在实际工作中增加失眠患者应用CBT-I需要一个成熟的、系统的研究计划, 在多个层次上开发和尝试实施干预措施。

关键词

失眠, 实施, 失眠的认知行为疗法

Summary of Insomnia CBTI Cases and Literature Review

Hanrong Cheng, Yongli Wei, Hanyun Yang, Shaofang Lin, Shenping Wen, Shuixia Zheng, Yuming Tang

Sleep Medicine Center, Institute of Respiratory Diseases, Shenzhen People's Hospital, The First Affiliated Hospital of Southern University of Science and Technology, The Second Clinical Medicine College of Jinan University, Shenzhen Guangdong

Email: *chr621@163.com

Received: Aug. 31st, 2020; accepted: Sep. 15th, 2020; published: Sep. 22nd, 2020

*通讯作者。

文章引用: 程涵蓉, 魏永莉, 杨汉芸, 林少芳, 温申萍, 郑水霞, 唐玉鸣. 失眠认知行为疗法病例总结并文献综述[J]. 临床医学进展, 2020, 10(9): 2053-2060. DOI: 10.12677/acm.2020.109308

Abstract

Purpose: The American College of Physicians (ACP) identified cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) as the first-line treatment for insomnia, to explore the application status of cognitive behavioral therapy for insomnia. **Methods:** From October 2019 to February 2020, 60 patients with insomnia underwent CBT-I in the Sleep Medical Center of Shenzhen People's Hospital. The access and utilization rate of cognitive behavioral therapy for insomnia were reviewed in combination with literature. **Results:** Among the 60 patients, 55 patients with insomnia significantly improved their sleep efficiency, total sleep time and ISI score, of which 5 patients withdrew from CBT-I treatment midway. **Conclusion:** Although CBT-I improves sleep outcomes and reduces the risks associated with reliance on hypnotics, patients are rarely referred to this treatment. Most research focused on pre-implementation work that revealed the complexity of delivering CBT-I in routine healthcare settings due to three distinct categories of barriers. First, system barriers result in limited access to CBT-I and behavioral sleep medicine (BSM) providers. Second, primary care providers are not adequately screening for sleep issues and referring appropriately due to a lack of knowledge, treatment beliefs, and a lack of motivation to assess and treat insomnia. Finally, patient barriers, including a lack of knowledge, treatment beliefs, and limited access, prevent patients from engaging in CBT-I. Increasing the application of CBT-I to insomnia patients in practical work requires a mature and systematic plan to develop and try to implement interventions at multiple levels.

Keywords

Insomnia, Implementation, Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

失眠是一种常见的公共健康问题,影响了全球约 25% 的人群,由于工作表现不佳和医疗资源的占用,每年的经济损失超过 1000 亿美元[1] [2]。失眠也给个人带来很大的损失,认知受损、影响身体和情绪功能,并大大降低生活质量[3]。美国医师协会(ACP)慢性失眠症管理指南建议所有患者接受认知行为治疗失眠症(CBT-I)作为初始治疗,但患者很少被转诊接受 CBT-I [4] [5]。CBT-I 是一种循证心理治疗,它采用行为干预来调节睡眠周期,采用认知干预来纠正对睡眠不正确的认知。

2. 资料与方法

方法: 对深圳市人民医院呼研所睡眠医学中心 2019 年 10 月至 2020 年 2 月 55 例失眠患者行 CBT-I 进行总结并结合文献综述失眠认知行为疗法的获取途径和利用率。

对象: 符合条件的失眠障碍患者, A. 年龄 18~65 岁, 性别不限; 符合 ICD-10-CM 慢性失眠诊断标准共 60 例, 完成基线调查, 内容包括一般人口学信息、既往病史及用药史、睡眠日记、临床评估(失眠严重指数量表 ISI)。

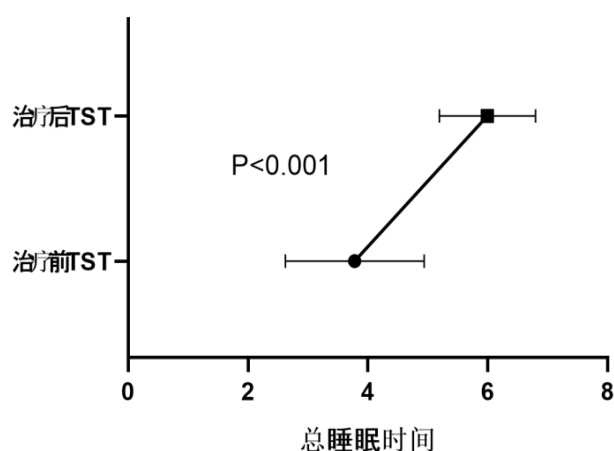
55 位慢性失眠患者均采用 CBT-I 的治疗干预 4 周, 具体内容如下:

1) 睡眠限制：通过睡眠限制缩短了夜间睡眠的卧床时间，增加了睡眠的连续性，直接提高了睡眠效率，并且通过禁止日间小睡，增加夜晚的睡眠驱动力。2) 刺激控制：通过减少卧床时的觉醒时间来消除患者存在的床与觉醒、沮丧、担忧等不良后果之间的消极联系，重建床与睡眠之间积极明确的联系。3) 认知治疗：帮助患者认识到自己对于睡眠的错误认知，以及对失眠问题的非理性信念与态度，使患者重新树立起关于睡眠的积极、合理的观念，从而达到改善睡眠的目的。4) 松弛疗法：放松治疗可以降低失眠患者睡眠时的紧张与过度警觉，从而促进患者入睡，减少夜间觉醒，提高睡眠质量。该疗法适合夜间频繁觉醒的失眠患者。5) 睡眠卫生：找出失眠患者不良的生活与睡眠习惯，从而帮助建立良好的睡眠习惯，营造舒适的睡眠环境。尚无足够证据证明单独运用睡眠卫生疗法有确切的疗效，需要与其他心理行为治疗方法联合运用。

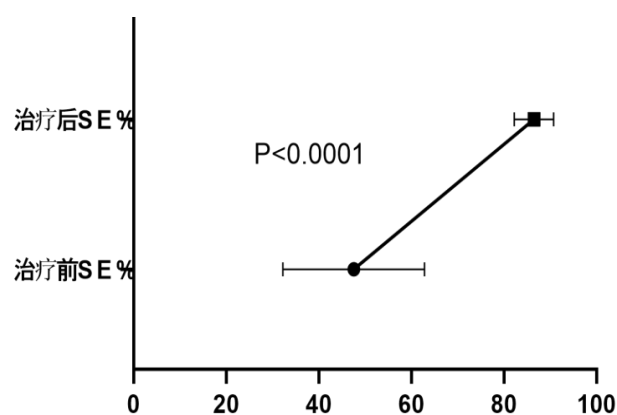
3. 结果

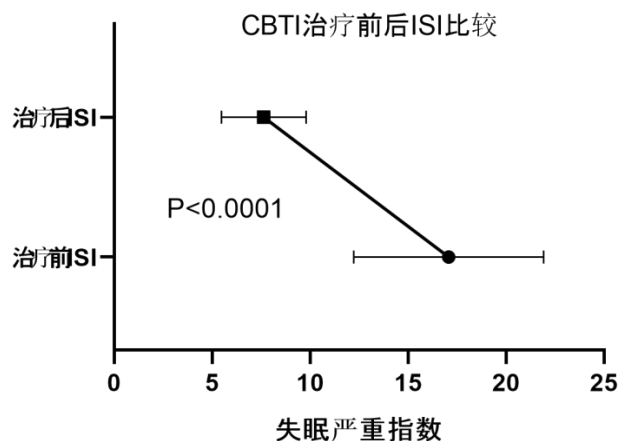
CBTI 治疗结束时重新评估其总睡眠时间、睡眠效率和 ISI。结果如下图，55 例经过 4 周 CBTI 治疗的慢性失眠患者，治疗后的总睡眠时间明显延长，与治疗前比较， $P < 0.0001$ ，其差异具有统计学意义；治疗后的总睡眠效率明显提高，与治疗前比较， $P < 0.0001$ ，其差异具有统计学意义；治疗后的失眠严重指数明显下降，与治疗前比较， $P < 0.0001$ ，其差异具有统计学意义。

CBTI治疗前后TST变化



CBTI治疗前后睡眠效率变化





4. 讨论

我们的CBTI实践表明CBTI对大部分的慢性失眠患者有效,但对于有1500万人口的深圳来说,CBTI的应用才刚刚起步,市场量巨大,但存在许多实际问题,我们探讨指南建议和临床实践之间的差距,目标是增加CBT-I的获取途径和利用率。分析了医务人员和患者层面实施CBT-I的多级障碍。最主要的是CBT-I实施中的三个障碍:1)系统原因导致CBT-I转诊资源的有限获取,2)临床医生原因导致CBT-I服务利用不足,3)患者原因导致CBT-I参与不足。

4.1. 系统原因

根据ACP指南,一些评论指出,接触CBT-I医务工作者的机会有限,这是一个关键的系统问题[6][7]。对CBT-I医务工作者的需求大大超过现有资源。最近的一项调查发现,全世界仅有752名CBT-I专家,其中88%的专家分布在美国各地[8]。美国退伍军人事务部(VA)对此进行了深入研究,发现CBT-I的供需缺口特别明显。退伍军人是最易患失眠症的群体之一,据估计90%的人报告有睡眠障碍,近一半的人超过失眠症的临床临界值[9][10]。

尽管已证明有此需要,但在VA系统内评估和治疗睡眠障碍的资源极其有限。2012年退伍军人睡眠清单显示,在退伍军人所有睡眠医学项目中,只有112名全职医生和心理医师[11]。VA睡眠医学诊所经常忙于评估和诊断睡眠呼吸暂停,这种情况随着肥胖率的增加而增加[12]。2012年,弗吉尼亚州只有一半的睡眠医学诊疗项目有CBT-I的资源[11]。

目前正在进行的CBT-I培训部分解决了VA的问题[13]。到目前为止,大约700~800名临床医生已经接受了CBTI培训,主要提供行为/精神健康和初级保健方面睡眠医学项目之外的CBT-I;大多数医生是心理学家,精神病学家,精神健康护士和社会工作者,他们主要集中在治疗其他精神健康问题。治疗的长期可持续性尚不清楚[13]。

4.2. 临床医生原因

研究发现了导致CBT-I服务利用不足的三个关键临床医生的原因:缺乏知识、缺乏治疗信念和缺乏动机。与ACP指南形成对比的是,最常用的治疗方法仍然是催眠药物和睡眠卫生,这种治疗慢性失眠是没有足够证据的心理教育方法(例如,睡前避免服用兴奋剂,保持卧室黑暗和安静)[5][14]。在一项由国际全科医生进行的在线调查中,最常用的失眠治疗方法是睡眠卫生(88%),药物治疗(63%)和放松治疗(44%),80%的医务人员错误地认为睡眠卫生是一种有效的单一疗法[15]。美国大学医学中心的一项研究表明,不到10%的诊断失眠症的患者被推荐应用CBT-I[16]。在VA初级保健医务人员的一项调

查中,他们在可以使用 CBT-I 的医学中心工作,只有 29%使用 CBT-I 治疗失眠症[17]。相反,这些医务人员中超过 70%依赖于药物和睡眠卫生。

临床医生研究中的一个主要原因是他们对 CBT-I 治疗内容不熟悉,并不确定其有效性[5] [17] [18] [19] [20] [21]。在一项对比利时家庭医生的调查研究中,只有 35%的人表示他们有足够的非药物治疗失眠症的知识[21]。这一发现在 VA 的一项调查研究中得到了相似的结果,82%的初级保健医务人员对 CBT-I 有些了解,但只有 10%的人很好地理解并在实践中使用[17]。可以理解的是,临床医生不愿意提及他们不理解的治疗方法,特别是当他们不确定治疗的有效性时[22]。此外,这些知识空白使临床医生很难以令人信服的方式向患者描述治疗方法。临床医生也不确定转诊途径,也不清楚如何获得 CBT-I [18]。在 VA,43%的初级保健医务人员不知道 CBT-I 在他们的医疗系统中是一项可用的医疗服务。

第二个临床问题是对 CBT-I 的实用性和可接受性的治疗信念。传统上,失眠被认为是一种症状,而不是一种睡眠紊乱。许多临床医生优先治疗焦虑,抑郁,疼痛或其他疾病。在对澳大利亚全科医生进行的一项半结构化访谈研究中,54%的人表示他们首先治疗引起失眠的原因[23]。类似地,在 VA 初级保健机构进行的一项调查研究表明:临床医生认为,在治疗抑郁症和创伤后应激障碍后,失眠有时(49%)或经常(45%)会得到缓解[17]。这是由于缺乏对失眠病因以及失眠如何发展成慢性疾病的了解。目前的诊断分类法已经不再将失眠归类为继发性疾病,因为失眠经常成为一种独立的疾病,而这种疾病是由长期存在的代偿行为和信念所维持的[24] [25]。

研究表明,即使临床医生认为 CBT-I 会有帮助,他们常常错误地认为病人不愿意接受治疗,而更喜欢快速的药物治疗[5]。一项针对澳大利亚全科医生的调查研究表明,最常影响非药物治疗失眠的原因是病人想要/期待药物治疗(31%),其次不遵循非药物治疗所需的行为努力(21%) [18]。类似地,有调查研究发现:39%的全科医生表明,病人的需求是他们使用药物治疗失眠的原因[26],49%的比利时家庭医生表明,劝病人使用非药物治疗失眠太难了[21]。

这些临床医生的信念并没有得到研究的支持。尽管患者承认治疗失眠药的吸引力,但他们也很清楚药物的局限性[27] [28]。失眠患者认为 CBT-I 等非药物方法长期治疗失眠更健康、更可取[5] [18] [29] [30]。在挪威的一项流行病学研究中,80%使用过安眠药的被调查者表示他们更喜欢非药物治疗,但只有 10%的调查者被提供了非药物治疗[29]。甚至那些已经在服用催眠药治疗失眠的患者也表示愿意接受替代的非药物治疗[31]。

最后一个临床问题是缺乏评估和治疗失眠的动机。对初级保健临床医生的调查表明,与其他健康状况相比,失眠的诊断和治疗经常不被优先考虑。澳大利亚初级保健机构的一项调查发现,83%的临床医生不会主动评估失眠情况,他们认为如果患者有睡眠问题,他们会自己提出问题[23];然而,近 70%的失眠患者从不与临床医生讨论他们的睡眠问题[32]。即使患者要求治疗失眠,他们可能也得不到治疗。在英国的一项调查研究中,近 25%的失眠症患者表示,他们曾与医生谈论过他们的睡眠问题,但他们的临床医生似乎并不认为有什么方法可以解决[33]。定性研究表明,大多数患者是通过对自己而不是主流医疗服务了解 CBT-I 的,并且必须在就诊时明确提出转诊 CBT-I 的要求[27]。临床医生也可能更倾向于心理健康,特别是如果他们错误地认为失眠是创伤后抑郁的一种症状,而不是一种需要开始治疗的独立疾病[17]。在一所大学医学中心对美国内科医生进行的定性访谈表明,临床医生可能更倾向于开处方以确保真正重要的门诊业务,而不是花时间讨论非药物治疗[34]。很多人认为失眠不如其他疾病紧迫,可能是由于低估了睡眠不足对健康的不利后果[5]。缺乏适当评估失眠的动机可能与上文讨论的其他问题有关,包括时间有限、缺乏对失眠和非药物治疗的了解,以及对转诊资源的获取或了解不足。

4.3. 病人方面的原因

研究已经确定了几个关键的让患者没有参与 CBT-I 的原因,即知识、信念和可及性。只有 5%的病人

会寻求睡眠治疗[32]。缺乏对非药物治疗选择及其有效性的了解或认识是最主要的原因之一。例如, 一项针对英国失眠症患者的调查研究表明: 52%的失眠症患者没有寻求治疗, 因为他们认为安眠药是唯一的治疗方法[33]。最常见的不寻求治疗的原因是他们认为睡眠问题是良性的, 微不足道的, 或者他们认为自己应该能够独自应对(57%) [33]。

还有其它实际原因导致患者不愿意寻求医疗指导和接受 CBT-I。英国的一项调查研究报告指出: 患者认为时间限制是失眠治疗的一个重要障碍(35%)。45 名失眠退伍军人表示: 他们倾向于能适应他们繁忙生活的简单失眠治疗; 标准的 CBT-I 提供 4~6 周, 每周或每两周提供一个小时的疗程, 对许多人来说可能不可行[35]。此外, 等待治疗的时间长、路途遥远, 可能使病人不能参加 CBT-I。

最后, 对于那些能够获得治疗的人来说, CBT-I 的关键方面——改变睡眠习惯和作息时间, 是艰苦的工作, 远比接受安眠药更具挑战性。11 对参与 CBT-I 的患者进行的研究强调了完全投入治疗所需的努力和自律程度[36] [37]。在临床实践中, 多达 40%的患者过早地退出 CBT-I [38], 而坚持治疗的比例通常约为 47%~52% [39] [40]。幸运的是, 完成治疗的患者大部分人都受益, 其中 70%~80%的患者显著改善了睡眠质量[41] [42]。

5. 小结

让 CBT-I 成为治疗失眠的第一线治疗, 关键的下一步包括开发和测试实施干预措施, 包括向患者和医生提供 CBT-I 有针对性的材料。在社区卫生保健环境中需要做出更多的努力, 以增加接触 CBT-I 医务工作者的机会。虽然标准 CBT-I 是一种非常有效的治疗方法, 但其提供能力不能满足需求。研究不同模式 CBT-I 是实施的必要部分, 也将有助于建立阶梯式医疗模式。通过为广大失眠患者提供安全有效的失眠治疗, 建立 CBT-I 持续和常规应用将使临床医生和患者大大受益。

参考文献

- [1] Roth, T., Coulouvrat, C., Hajak, G., *et al.* (2011) Prevalence and Perceived Health Associated with Insomnia Based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition Criteria: Results from the America Insomnia Survey. *Biological Psychiatry*, **69**, 592-600. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.10.023>
- [2] Wickwire, E.M., Shaya, F.T. and Scharf, S.M. (2016) Health Economics of Insomnia Treatments: The Return on Investment for a Good Night's Sleep. *Sleep Medicine Reviews*, **30**, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.11.004>
- [3] Kyle, S.D., Espie, C.A., Morgan, K. (2010) "... Not Just a Minor Thing, It Is Something Major, Which Stops You from Functioning Daily": Quality of Life and Daytime Functioning in Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, **8**, 123-140. <https://doi.org/10.1080/15402002.2010.487450>
- [4] Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M.A., Cooke, M. and Denberg, T.D. (2016) Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, **165**, 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- [5] Araujo, T., Jarrin, D.C., Leanza, Y., Vallieres, A. and Morin, C.M. (2017) Qualitative Studies of Insomnia: Current State of Knowledge in the Field. *Sleep Medicine Reviews*, **31**, 58-69. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.01.003>
- [6] Kathol, R.G. and Arnedt, J.T. (2016) Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: Confronting the Challenges to Implementation. *Annals of Internal Medicine*, **165**, 149-150. <https://doi.org/10.7326/M16-0359>
- [7] Schmitz, M.F. (2016) The ACP Guidelines for Treatment of Chronic Insomnia: The Challenge of Implementation. *Behavioral Sleep Medicine*, **14**, 699-700. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1220131>
- [8] Thomas, A., Grandner, M., Nowakowski, S., Nesom, G., Corbitt, C. and Perlis, M.L. (2016) Where Are the Behavioral Sleep Medicine Providers and Where Are They Needed? A Geographic Assessment. *Behavioral Sleep Medicine*, **14**, 687-698. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1173551>
- [9] Jenkins, M.M., Colvonen, P.J., Norman, S.B., Afari, N., Allard, C.B. and Drum-Mond, S.P. (2015) Prevalence and Mental Health Correlates of Insomnia in First-Encounter Veterans with and Without Military Sexual Trauma. *Sleep*, **38**, 1547-1554. <https://doi.org/10.5665/sleep.5044>

- [10] Culver, N.C., Song, Y., Kate McGowan, S., *et al.* (2016) Acceptability of Medication and Nonmedication Treatment for Insomnia among Female Veterans: Effects of Age, Insomnia Severity, and Psychiatric Symptoms. *Clinical Therapeutics*, **38**, 2373-2385. <https://doi.org/10.5665/sleep.5044>
- [11] Sarmiento, K., Rossettie, J., Stepnowsky, C., Atwood, C. and Calvitti, A. (2016) The State of Veterans Affairs Sleep Medicine Programs: 2012 Inventory Results. *Sleep and Breathing*, **20**, 379-382. <https://doi.org/10.1007/s11325-015-1184-0>
- [12] Alexander, M., Ray, M.A., Hebert, J.R., *et al.* (2016) The National Veteran Sleep Disorder Study: Descriptive Epidemiology and Secular Trends, 2000-2010. *Sleep*, **39**, 1399-1410. <https://doi.org/10.5665/sleep.5972>
- [13] Manber, R., Carney, C., Edinger, J., *et al.* (2012) Dissemination of CBTI to the Non-Sleep Specialist: Protocol Development and Training Issues. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, **8**, 209-218. <https://doi.org/10.5664/jcsm.1786>
- [14] Chung, K.F., Lee, C.T., Yeung, W.F., Chan, M.S., Chung, E.W. and Lin, W.L. (2017) Sleep Hygiene Education as a Treatment of Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Family Practice*, **35**, 365-375. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz122>
- [15] Moss, T.G., Lachowski, A.M. and Carney, C.E. (2013) What All Treatment Providers Should Know About Sleep Hygiene Recommendations. *The Behavior Therapist*, **36**, 76-83.
- [16] Conroy, D.A. and Ebben, M.R. (2015) Referral Practices for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Survey Study. *Behavioural Neurology*, **2015**, Article ID: 819402. <https://doi.org/10.1155/2015/819402>
- [17] Ulmer, C.S., Bosworth, H.B., Beckham, J.C., *et al.* (2017) Veterans Affairs Primary Care Provider Perceptions of Insomnia Treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, **13**, 991-999. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6702>
- [18] Dollman, W.B., Leblanc, V.T. and Roughead, E.E. (2003) Managing Insomnia in the Elderly—What Prevents Us Using Non-Drug Options? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, **28**, 485-491. <https://doi.org/10.1046/j.0269-4727.2003.00523.x>
- [19] Everitt, H., Mcdermott, L., Leydon, G., Yules, H., Baldwin, D. and Little, P. (2014) Gps' Management Strategies for Patients with Insomnia: A Survey and Qualitative Interview Study. *British Journal of General Practice*, **64**, e112-119. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677176>
- [20] Sirdifield, C., Antherens, S., Creupelandt, H., Chipchase, S.Y., Christiaens, T. and Siriwardena, A.N. (2013) General Practitioners' Experiences and Perceptions of Benzodiazepine Prescribing: Systematic Review and Meta-Synthesis. *BMC Family Practice*, **14**, Article No. 191. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-191>
- [21] Antherens, S., Pasteels, I., Habraken, H., Steinberg, P., Declercq, T. and Christiaens, T. (2010) Barriers to Nonpharmacologic Treatments for Stress, Anxiety, and Insomnia: Family Physicians' Attitudes toward Benzodiazepine Prescribing. *Canadian Family Physician*, **56**, e398-406.
- [22] Lugtenberg, M., Zegers-Van Schaick, J.M., Westert, G.P. and Burgers, J.S. (2009) Why Don't Physicians Adhere to Guideline Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers among Dutch General Practitioners. *Implementation Science*, **4**, Article No. 54. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-54>
- [23] Sake, F.T., Wong, K., Bartlett, D.J. and Saini, B. (2017) Insomnia Management in the Australian Primary Care Setting. *Behavioral Sleep Medicine*, **17**, 19-30. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1266491>
- [24] American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [25] American Academy of Sleep Medicine (2014) International Classification of Sleep Disorders. 3rd Edition, American Academy of Sleep Medicine, Darien.
- [26] Siriwardena, A.N., Apekey, T., Tilling, M., Dyas, J.V., Middleton, H. and Orner, R. (2010) General Practitioners' Preferences for Managing Insomnia and Opportunities for Reducing Hypnotic Prescribing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **16**, 731-737. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01186.x>
- [27] Cheung, J.M., Bartlett, D.J., Armour, C.L., Glozier, N. and Saini, B. (2014) Insomnia Patients' Help-Seeking Experiences. *Behavioral Sleep Medicine*, **12**, 106-122. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.764529>
- [28] Cheung, J.M.Y., Bartlett, D.J., Armour, C.L., Laba, T.L. and Saini, B. (2016) To Drug or Not to Drug: A Qualitative Study of Patients' Decision-Making Processes for Managing Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, **16**, 1-26. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1163702>
- [29] Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Havik, O.E. and Nordhus, I.H. (2010) Patient Characteristics and Predictors of Sleep Medication Use. I *International Clinical Psychopharmacology*, **25**, 91-100.
- [30] Siriwardena, A.N., Qureshi, M.Z., Dyas, J.V., Middleton, H. and Orner, R. (2008) Magic Bullets for Insomnia? Patients' Use and Experiences of Newer (Z Drugs) versus Older (Benzodiazepine) Hypnotics for Sleep Problems in Primary Care. *British Journal of General Practice*, **58**, 417-422. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X299290>
- [31] Dyas, J.V., Apekey, T.A., Tilling, M., Orner, R., Middleton, H. and Siriwardena, A.N. (2010) Patients' and Clinicians'

- Experiences of Consultations in Primary Care for Sleep Problems and Insomnia: A Focus Group Study. *British Journal of General Practice*, **60**, e180-e200. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X484183>
- [32] Culpepper, L. (2005) Insomnia: A Primary Care Perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **66**, 14-17; Quiz 42-43.
- [33] Stinson, K., Tang, N.K. and Harvey, A.G. (2006) Barriers to Treatment Seeking in Primary Insomnia in the United Kingdom: A Cross-Sectional Perspective. *Sleep*, **29**, 1643-1646. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1643>
- [34] Moloney, M.E. (2017) "Sometimes, It's Easier to Write the Prescription": Physician and Patient Accounts of the Reluctant Medicalisation of Sleeplessness. *Sociology of Health & Illness*, **39**, 333-348. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12485>
- [35] Epstein, D.R., Babcock-Parziale, J.L., Haynes, P.L. and Herb, C.A. (2012) Insomnia Treatment Acceptability and Preferences of Male Iraq and Afghanistan Combat Veterans and Their Healthcare Providers. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, **49**, 867-878. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2011.06.0114>
- [36] Faulkner, S. and Bee, P. (2016) Perspectives on Sleep, Sleep Problems, and Their Treatment, in People with Serious Mental Illnesses: A Systematic Review. *PLoS ONE*, **11**, e0163486. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163486>
- [37] Barnes, G.L., Lawrence, V., Khondoker, M., Stewart, R. and Brown, J.S.L. (2017) Participant Experiences of Attending a Community CBT Workshop for Insomnia: A Qualitative Six-Year Follow-Up. *Behavioral Sleep Medicine*, **17**, 156-173.
- [38] Ong, J.C., Kuo, T.F. and Manber, R. (2008) Who Is at Risk for Dropout from Group Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia? *Journal of Psychosomatic Research*, **64**, 419-425. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.009>
- [39] Mcchargue, D.E., Sankaranarayanan, J., Visovsky, C.G., Matthews, E.E., Highland, K.B. and Berger, A.M. (2012) Predictors of Adherence to a Behavioral Therapy Sleep Intervention during Breast Cancer Chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, **20**, 245-252. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1060-1>
- [40] Ruiterpetrov, M.E., Lichstein, K.L., Huisingh, C.E. and Bradley, L.A. (2014) Predictors of Adherence to a Brief Behavioral Insomnia Intervention: Daily Process Analysis. *Behavior Therapy*, **45**, 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.005>
- [41] Brasure, M., Fuchs, E., Macdonald, R., et al. (2016) Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, **165**, 113-124. <https://doi.org/10.7326/M15-1782>
- [42] Trockel, M., Karlin, B.E., Taylor, C.B. and Manber, R. (2014) Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia with Veterans: Evaluation of Effectiveness and Correlates of Treatment Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, **53**, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.006>