

睡眠障害の診断と治療の動向に関する一考察

—— 心理療法が寄与する領域 ——

松 田 英 子*

1. 緒 言

現代過労社会によるストレスを反映して、睡眠にまつわる問題を抱える人が多く見られる。例えば、2003年3月、山陽新幹線の33歳の運転士の勤務中に起こった睡眠時無呼吸の症状については記憶に新しいところであろう。この事件を契機として、睡眠障害が社会的問題として加速度的に認知され、巷ではスリープ・ドックの開院が相次ぎ、予約待ちの成人男性でいっぱいであるという。

一方、発達臨床の現場においても、乳幼児期からの睡眠リズムの乱れが指摘され、このことの延長線上にあるのか、睡眠問題に起因する不登校の現象もみられる。同様に成人の臨床の現場でも、様々な精神症状の1つとして、不眠、中途覚醒、頻繁に起こる悪夢を訴えとして心理的問題が提示されることが多い。

しかし、日本においては、睡眠障害の自覚そのものが低く、睡眠外来、心理相談室などへの受診率・相談率が低いのが現状である。確かに最近ストレスを感じていて、悪い夢ばかりみる、寝起きも悪い、どこか身体が悪いのかもしれないと思う、しかし病院などへ行って相談してみるのも気が引けるという人が多くいるのではないかと考える。睡眠外来の認知度の上昇など、睡眠が不規則になる業務に携わる成人を中心に睡眠の質に対する意識は高まっているが、それは業務に支障が起こる

からであり、子どもの場合には、登校出来ないという行動上の問題がなければ睡眠について取り上げられることはない。ましてや睡眠障害を予防するという社会的な動きはほとんど皆無に等しい。

本論文では、まず社会的問題としてクローズアップされる不眠について、現在の状況についての生涯発達段階の視点からデータを中心に述べる。次にDSM-IV-TR（精神疾患の分類と診断の手引き第4版、アメリカ精神医学会、2002）の疾病分類をもとに、不眠を含めた様々な睡眠障害の症状とその原因を理解する。さらに、それら睡眠障害に対する、現段階での治療法について述べるとともに、睡眠改善補助のために出来る工夫について論じる。最後に、心理相談の中でしばしば訴えられる悪夢に関して述べ、睡眠障害に対する心理療法が貢献できる領域について検討していきたい。

2. 社会的問題としての睡眠障害

(1) 強制的短時間睡眠者の増加

一般的には理想的な睡眠時間は8時間と言われているが、適正な睡眠時間には個人差がある。いわゆる長時間睡眠者（long sleeper）は1日9時間以上の睡眠を必要とし、短時間睡眠者（short sleeper）は、6時間未満で十分である。睡眠の量だけでは測れない質の問題があるため、満足の行く眠りを得られる自分のスタイルでよい。しかし、十分な満足が得られないにもかかわらずこのスタイルを守れない人が増えてきていることが伺える。NHKによる5年毎の国民生活調査によると、1960年には8時間13分だった平日の平均睡

* 江戸川大学 社会学部人間社会学科助教授
キーワード：睡眠障害、不眠、悪夢、心理療法

眠時間が、2000年には7時間23分と50分減っている。この40年の間に、日本人の体質が急に変化して短時間睡眠者が増えたというのは考えにくい。そのため、睡眠時間を削って強制的な短時間睡眠者になっていると推測される。主要な原因としては、学業生活、勤務などによる長時間の拘束、不規則な勤務時間、24時間営業の飲食店・コンビニエンスストアの利用、TV視聴、TVゲーム使用などの生活環境の変化が考えられる。日本の高校生3,478人に睡眠の調査をした研究（Tagaya, H. et al., 2004）では、学年が上昇するにつれ短時間睡眠者が増え、全体で25.6%いたという。これらの学生は、入眠潜時の増加（寝つきの悪さ）、熟眠感の低下がみられる。その結果、日中の眠気が増加する、学業生活におけるパフォーマンスの低下をもたらしている、やはり生活の中で強制的に短時間睡眠者となっていることがわかる。

(2) 不眠症の現状

それでは、実際に不眠症者はどの程度いるのだろうか。

2002年7月日本睡眠学会のシンポジウムにて発表された村崎光邦・北里大名誉教授（精神医学）らの全国調査（計1万424人のデータ）によると日本人の約半数に不眠症の疑いがあるとされている。同データによれば平日の睡眠時間は6～7時間が36.5%で最も多かった。入眠までの時間は15分以内が43.4%、30分が18.2%、60分が27.9%であったという。入眠まで30分以上かかる場合には、不眠症の疑いが強まる。

不眠症であるかどうかを判断する国際的基準として、「アテネ不眠尺度（Soldatos et al., 2000）」がある。アテネ不眠尺度は、WHO（世界保健機関）などによって結成された「睡眠と健康に関する世界プロジェクト」によって作成されたものであり、簡便に不眠症の目安を算出できるようになっているので表1に示す。8項目に対し、過去1か月以内に少なくとも週3回以上経験した項目をチェックし、回答の合計点（選択肢の項目番号の合計）が、1～3点の場合は不眠症の心配はなく、4～5点では、不眠症の傾向があり、6点を超えると、

表1 アテネ不眠尺度の項目

-
- Q1. あなたの寝つき（布団に入ってから眠るまでに必要な時間）はどうですか？**
- (0) いつも寝つきはよい
 - (1) いつもより少し時間がかかった
 - (2) いつもよりかなり時間がかかった
 - (3) いつもより非常に時間がかかったか、全く眠れなかった
- Q2. 夜間・睡眠中に目が覚め、困ったことはありますか？**
- (0) 問題になるほどではなかった
 - (1) 少し困ることがあった
 - (2) かなり困っている
 - (3) 深刻な状態か、全く眠れなかった
- Q3. 起きたい時間より早く目覚め、それ以上眠れなくなることは？**
- (0) そのようなことはなかった
 - (1) 少し早かった
 - (2) かなり早かった
 - (3) 非常に早かったか、全く眠れなかった
- Q4. あなたの総睡眠時間は？**
- (0) 十分である
 - (1) 少し足りない
 - (2) かなり足りない
 - (3) 全く足りないか、全く眠れなかった
- Q5. 全体的な睡眠の“質”はどうですか？**
- (0) 満足している
 - (1) 少し不満
 - (2) かなり不満
 - (3) 非常に不満か、全く眠れなかった
- Q6. 日中の気分はいかがですか？**
- (0) いつも通り
 - (1) 少しめいって
 - (2) かなりめいって
 - (3) 非常にめいって
- Q7. 日中の身体的・精神的な活動はどうですか？**
- (0) いつも通り
 - (1) 少し低下
 - (2) かなり低下
 - (3) 非常に低下
- Q8. 日中の眠気はありますか？**
- (0) 全くない
 - (1) 少しある
 - (2) かなりある
 - (3) 激しい
-

(AIS: Athens Insomnia Scale, Soldatos et al., 2000)

不眠症の疑いが強まる。なお10点以上の場合には医師への受診をと判定される。

先の調査では、日本人の成人約1万人のデータで、4点以上の不眠症の傾向のある者は49.4%を占めた。成人以外ではどうであろうか。睡眠に関する実験への協力者の基礎資料として、中学生と大学生のアテネ不眠尺度のデータがある。

中学生2年生93人にアテネ不眠尺度を行った結果(平地, 2003)では、4点~5点の人が23%, 6点以上が30%となり、中学生でも53%以上が不眠の兆候がある。同様に、中学生1年から3年生250名でとったデータ(船井・高橋・松田・慎・佐藤・青木, 2004)では、4点~5点の人が57.2%, 6点以上はいなかったが、不眠の傾向は5割強である。大学生100名のデータ(真下, 2003)では、4点~5点の人が22%, 6点以上の人32%と、合計で54%となり、睡眠の基礎的なデータは中学生と大学生で殆ど似ている。これらからも、不眠の傾向があるのは成人だけの問題ではないことがわかる。

(3) 受診率の低さ

このように不眠の問題は、広い発達段階でみられるにも拘わらず、不眠の症状の自覚には乏しい。先の村崎らの調査では、不眠症の自覚者は約2割にとどまる。つまり自覚のない潜在的な不眠症者がかなり含まれている。自覚がないということは不眠への対処行動も不十分になる。

2002年12月にフランスの製薬会社サノフィ・サンテラボ社が、日本を含む10カ国3万5,327人(平均年齢36歳)に対する睡眠に関する調査結果を発表した。その結果、日本人の5人に1人が、睡眠障害を自覚している。しかし日本人はその対策として医師に相談することが極端に低いことがわかった。「よく眠れない」と回答した者に、不眠解消のための行動を聞いたところ、「何もしていない」が57.4%、「アルコールを飲む」が30.3%だった。

このように睡眠障害の自覚度は低く、自覚があったとしても対処行動に乏しい上に、睡眠障害に対する社会的認知度は低く、その治療に対する社会

的システムの構築は未だ不十分である。例えば、仕事に眠っている部下に対して、直に医療機関への受診をすすめる上司は少ないであろう。殆どの場合、部下に対してさぼっているなどと怒りはじめるであろう。しかし実際にはナルコレプシーという、本人の意思とは別に、突然抵抗できない睡眠発作に襲われる疾患があり、これに罹患すると重要な会議や接客の場などでも、急に眠りこんでしまう症状を呈するのである。

同様に、覚醒と睡眠のリズムを司る体内時計に機能不全がみられる概日リズム障害に罹患している不登校児童が、朝起床できないことを理由に訴えても、気力の乏しさや意志の弱さに還元されるであろう。心理臨床の現場で発覚することの多い、悪夢障害に関しても、一般には悪夢をみても、「たかが夢」と考える傾向がある。しかし睡眠に関する諸問題も、日常生活に悪い影響を及ぼす水準に達すると症状となる。このような場合、精神科や心療内科、あるいは睡眠外来を設置している病院で、診察を受ける必要がある。

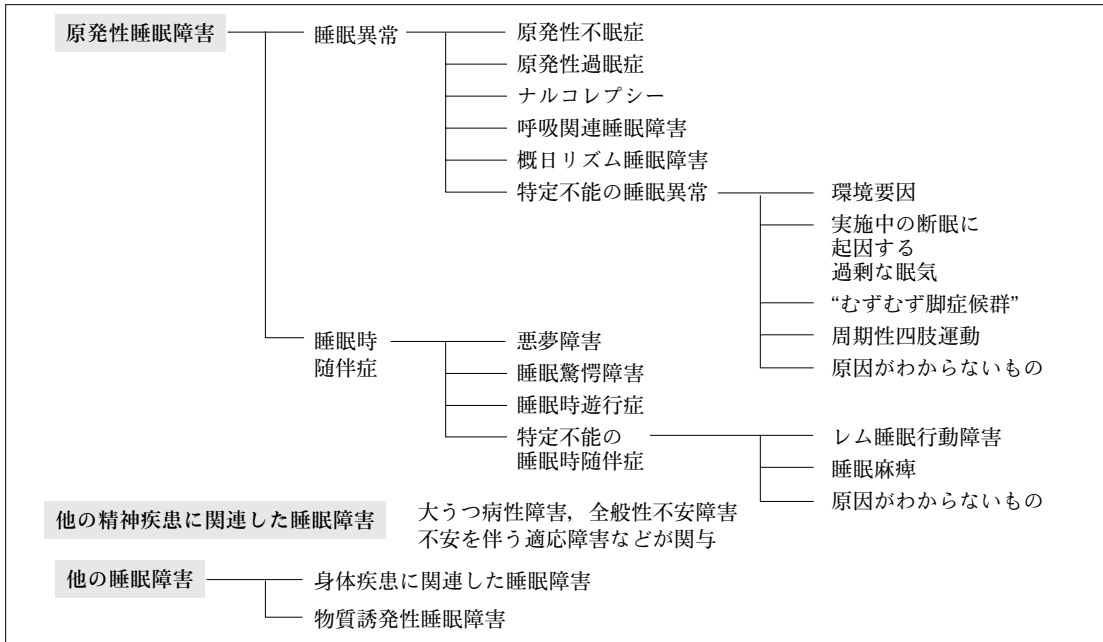
3. 睡眠障害の診断と分類

(1) 睡眠障害の分類と症状—DSM-IV

前節では、不眠の現状を中心にみてきた。本節ではナルコレプシー、概日リズム障害、悪夢障害を含めて、睡眠障害には、具体的にはどんな病気が存在するか説明してゆく。

睡眠障害の分類にはいくつかの方法があるが、アメリカの精神医学会が作成したDSM-IVによる分類法を示す。この分類法によると、いわゆる睡眠障害(原発性睡眠障害)は大きく「睡眠異常」と「睡眠時随伴症」の二つに大別される(図1)。睡眠異常とは、睡眠時間や睡眠のリズムに異常が生じる症状のことを指す。また睡眠時随伴症は、睡眠中の行動や身体の状態に異常があらわれる症状のことを意味する。

これらの他にも別の精神疾患や身体疾患に伴う睡眠障害もある(図1)。



(APA, 1994 より)

図1 睡眠障害の分類

(2) 睡眠異常とその原因

① 原発性不眠症

睡眠異常に分類される疾患の中で、もっとも多くの人が悩んでいる代表は不眠症である。就床してもなかなか寝つけない（入眠困難）、眠れたとしても途中で目が覚めてしまう（中途覚醒）、もう少し寝たいのに早くに目が覚めてしまう（早朝覚醒）という症状が1ヶ月以上続き、社会的活動に支障が出る場合に不眠症と診断される。

不眠症を引き起こす原因には次のようなものが考えられる。第一には精神的な理由である。不安で悩みをベッドに入ってから考えてしまい、結局朝方まで寝つけなかったという経験は、誰にでも一度はあると考えられるが、これが持続するのである。

特に神経質な性格の人の場合、眠れない状態が数日続くと、「今夜も眠れなかったらどうしよう」という不安感が生じ、さらに眠れなくなるという悪循環に陥る場合がある（神経症性不眠）。

また、ほかの疾患が原因となって、不眠症を併発しているというケースもある。体に痛みや痒み

を感じる時や呼吸が苦しいときは、頻繁に目が覚めるため、十分眠りを確保することができない。また気分障害（うつ病）などの精神疾患が不眠の諸症状をもたらすこともよく見られる（表2）。

② 原発性過眠症

眠りたいのに満足に眠れない不眠症とは対照的に、起きていたいのに耐えがたい睡魔に襲われるのが過眠症である。夜間睡眠の不足がないにもかかわらず、1ヶ月以上過剰な昼間の眠気が続き、社会的活動に支障がでるものである。

その中でも強い眠気を呈する時期（傾眠期）が3日から3週間続き、その後全く症状を呈しない時期（間歇期）を繰り返すものを反復性不眠症という。傾眠期には食事と排泄以外は臥床するといった行動的活動性の低下とともに、記憶力の減退といった認知的活動性の低下がみられる。そのうち間歇期に過食や自傷などの攻撃性の高まりがみられるものを、クライネ・レビン症候群という。過度のストレス、ホルモン異常、飲酒、感染症などが原因となる。

③ ナルコレプシー

起きているときに突然に起こる睡眠発作と情動

表2 不眠の分類と原因

| |
|--|
| A. 入眠困難 |
| ① 身体疾患による（痛み、かゆみ） |
| ② 睡眠習慣・環境による（日中の運動量、昼寝、カフェイン、アルコールの摂取） |
| ③ 薬剤による（服薬） |
| ④ 神経症性（ストレスによる覚醒、不眠への過剰不安、下肢の異常感覚—むずむず脚症候群） |
| ⑤ 精神疾患による（全般性不安障害、パニック障害、統合失調症） |
| ⑥ 睡眠相後退症候群 |
| B. 中途覚醒 |
| ⑦ 睡眠時無呼吸症候群 |
| ⑧ 身体疾患による（かゆみ、頻尿、咳） |
| ⑨ 薬剤による（服薬） |
| ⑩ 精神疾患による（悪夢障害、レム睡眠行動障害、PTSD、パニック障害、気分障害—うつ、統合失調症） |
| ⑪ 周期性四肢運動障害 |
| C. 早朝覚醒 |
| ⑫ 睡眠相前進症候群 |
| ⑬ 精神疾患による（気分障害—うつ、統合失調症） |

（内山・松田，2004より）

* 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会・内山真編（2002）を参考に作成

脱力発作の両方が確認されるのが、ナルコレプシーである。前者は通常ならば眠気を感じるはずのない場面で、突然強烈な眠気をもよおして、数分から数十分眠ってしまう症状である。後者は、興奮を伴う喜びや怒りなど感情がたかぶったときに、突如体の力が抜けて寝入ってしまう症状である。その他いわゆる金縛りと呼ばれる睡眠麻痺や、入眠時幻覚がみられる場合もある。発症には遺伝的素因が関わりとされているが詳しい原因はわかっておらず薬物療法で症状を抑える。

④ 呼吸関連睡眠障害

呼吸関連睡眠障害の場合も、昼間に強い眠気に悩まされる。このうち睡眠時無呼吸症候群といって、眠っているときに呼吸が止まってしまうという症状がある。特にこの症状を呈しやすいのが、肥満傾向のある中年男性である。舌根に脂肪がつきやすくなるため、就床時仰向けの体勢になると、舌根の脂肪が気道をふさぎ、呼吸をしにくい状態になる。下顎や首に多く脂肪が見られる場合や顎

の形態が小下顎、下顎後退の場合にもなりやすい。本人は自覚がなく、大きないびきとともに配偶者が発見する場合が多い。朝は頭痛がし、夜間の眠りも浅くなるため、覚醒時には過眠症の症状があらわれる。

睡眠時無呼吸症候群になると、高血圧や脳卒中、心臓病を引き起こす危険性が高まる。

⑤ 概日リズム睡眠障害

概日リズム睡眠障害は、体に備えられている生物時計に狂いが生じてしまったために、朝起きて活動し、夜になると寝るという通常の活動リズムを保てなくなるという疾患である。5時間以上時差のある地域へ飛行するといわゆる“時差ぼけ”として経験することが多い。通常は数日間で解消されるが、これが持続する場合には治療が必要となる。また交替勤務のある職種（医者や看護師、鉄道職員など）の日勤や夜勤を繰り返す職種も、この症状に悩まされている人が多い。

この概日リズム睡眠障害の中でも最近増えているのが、睡眠相後退症候群である。睡眠の時間帯が後ろにずれるという症状で、朝方にならないと眠りにつけず、昼前後にならないと目覚めることができないため、不登校や頻繁な遅刻・欠勤を引き起こすことになる。

本障害の場合無理に起床しても、倦怠感、頭重、集中力の低下で、学業や仕事の遂行に支障をきたす。

(3) 睡眠時随伴症とその原因

① 悪夢障害

悪夢障害では、極めて恐ろしい夢を詳細かつ鮮明に想起し、その夢への恐怖のために睡眠が中断される症状がみられる。睡眠の後半に中途覚醒が起こりやすく、これは夢を想起しやすいレム睡眠の量が増えるためである。悪夢の内容は本人の自尊心や生命などを脅かす危険に関わるものであり、悪夢の原因としては、家族関係、夫婦関係の不和や学校でのいじめなど慢性的な心理的緊張がある。学校生活、社会生活における失敗や、将来への不安といった心理的要因が大きく関与する精神疾患である。成人人口の5%が月1回以上の悪夢をみ

ているとする調査報告（APA, 1994）もあるが、悪夢が頻繁で持続する場合には悪夢障害となる。

類似の精神疾患に、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の一症状に悪夢がある。PTSDによる悪夢の場合は、その引き金となった外傷的な出来事が明確で、同じパターンの夢を繰り返す。つまり、その出来事にまつわるシーンが睡眠中に夢という形で再体験され続けているといえる。覚醒時にはフラッシュバックという症状で再体験するため、寝ていても起きていても辛いという症状になる。原因としては、生命がうばわれる、あるいは脅かされる事故や事件、災害への遭遇がある。

② 睡眠驚愕障害

一般的には夜驚症と呼ばれる。睡眠驚愕障害は、4歳から12歳ぐらいまでの子どもに多くみられる。眠りはじめてからしばらくすると突然、大声で叫ぶ、目を見開き恐怖の表情を示す、声をあげて泣いたりするが、本人にほとんど自覚症状はなく、生活を共にする家族が気づく。過度のストレスが原因ではないかと考えられている。発達に伴う一過性の症状で、青年期になると自然と消失するケースがほとんどである。

③ 睡眠時遊行症

一般には夢遊病と呼ばれる。睡眠時遊行症も、やはり児童期に起こりやすい病気である。入眠から3時間ほど経過すると突然体を起こして部屋の中を徘徊する、トイレ以外の場所で放尿などするが、しばらくするとまた眠り出す。本人はほとんど自覚症状がない。夢遊病の症状を起こしているときには外部からの声などには反応しないため、無理に止めようとするとう興奮することが多い。この症状はノンレム睡眠時に起こるため、夢でみている内容に合わせて、歩き回ってしまうことはない。発達に伴う一過性の症状で、青年期になると自然と消失するケースがほとんどである。

④ レム睡眠行動障害

特定不能の睡眠時随伴症に、レム睡眠行動障害がある。睡眠時遊行症とは反対に、「夢でみている内容に合わせて、行動を起こしてしまう病気」が、レム睡眠行動障害である。夢をみているときの睡眠であるレム睡眠時には、筋肉は弛緩してい

る。夢のイメージに併せて、体が動くことはないようになっている。しかしレム睡眠行動障害の場合、脳幹部に障害があり、骨格筋の抑制機構が働かず、夢に合わせて体が動いてしまうのである。夢の中では強盗や敵と戦っているつもりが、現実世界では箆笥にぶつかる、隣で寝ている配偶者を殴るなどの攻撃的行動があらわれる。アルコールやストレスは症状を増悪させる。中年以上になってから発症するケースが多い。

4. 睡眠障害の治療法

(1) 睡眠障害への対処

ここまで睡眠障害の代表的なものを紹介してきたが、その中でも多くの人が悩んでいるのは、不眠症や概日リズム睡眠障害、過眠症である。一方ナルコレプシーやレム睡眠行動障害は、症状は深刻であるが、発症率自体はそれほど高くはない。睡眠障害への対処法としては、①薬物療法、②高照度光療法、③睡眠環境の制御、④心理療法がある。まず薬物療法が第一の治療の選択肢として実施されることが多く、特に後者ではその傾向は大きい。

しかし発症者の多い不眠症や概日リズム睡眠障害に陥るきっかけを探ってみると、夜更かしを続けるうちに体内の生物時計が正常に機能しなくなる、ストレスを解消するためお酒を飲んでいるうちに満足な睡眠がとれなくなるなど、生活面や心理面での影響が大きい。厚生労働省の委託を受けた「睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班」が作成した「睡眠障害対処12の指針」（表3）をみても、睡眠障害の予防策は、規則正しい生活とストレス対処が大切であることがわかる。

(2) 薬物療法

睡眠薬を化学構造から分類すると、ベンゾジアゼピン系睡眠薬、バルビツール酸系睡眠薬、非バルビツール酸系睡眠薬、その他の睡眠薬の4つに大別されるが、現在の主流はベンゾジアゼピン系睡眠薬である（小椋, 1998）。ベンゾジアゼピン

表3 睡眠障害対処12の指針

睡眠障害対処12の指針

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
睡眠の長い人、短い人、季節でも変化、8時間にこだわらない
歳をとると必要な睡眠時間は短くなる
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
就床前4時間のカフェイン摂取、就床前1時間の喫煙は避ける
軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわすぎない
眠ろうとする意気込みが頭をさささせ寝つきを悪くする
4. 同じ時刻に毎日起床
早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる
日曜に遅くまで床で過ごす、月曜の朝がつかくなる
5. 光の利用でよい睡眠
目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン
夜は明るすぎない照明を
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
朝食は心と体の目覚めに重要、夜食はごく軽く
運動習慣は熟睡を促進
7. 昼寝をするなら、15時前の20～30分
長い昼寝はかえってぼんやりのもと
夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感は要注意
背景に睡眠の病気、専門治療が必要
10. 十分眠っても日中の眠気が強い時は専門医に
長時間眠っても日中の眠気で仕事・学業に支障がある場合は専門医に相談
車の運転に注意
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
睡眠薬代わりの寝酒は、深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となる
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全
一定時刻に服用し就床
アルコールとの併用をしない

(睡眠障害の診断、治療ガイドライン研究会、2002)

*厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班、平成13年度研究報告書より

系では、効果の発現時間と持続期間に応じて処方される。例えば不眠症の場合には、入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒の各症状に応じて処方されることになる。通常は症状の回復に伴い、投薬は漸減されていく。一般に服薬を嫌避する原因となっている習慣化や副作用の問題も現在ではそれほど深刻ではない。短期的な症状の場合は市販の睡眠薬でも対応できるだろう。2003年4月にエスエス製薬から発売された睡眠改善薬ドリエルはヒット商品となっている。

(3) 高照度光療法

生物時計を調整するのに一番有効な方法は、太陽光である。人の生物時計は、本来は25時間周期であるが、24時間の社会生活に合わせるために、太陽光を感知すると生物時計が毎日1時間修正されるメカニズムとなっている。この光と生物時計の関係を活用して、高照度光療法では、一日のうちある時間帯に2,500ルクス～10,000ルクスの光を照射する。光源をみつめるようにする場合もある。眼精疲労が生じる場合もあるが、副作用はほとんどない。季節性のうつ病や概日リズム睡眠障害に有効であることが確認されている。

睡眠相後退症候群の人に、朝になると人工の強い光を浴びせて、無理矢理に目覚めさせる。朝早く目覚めるリズムができあがると、夜に眠気を感じる時間も早くなる。そうやって超夜型の生活から、社会生活が苦勞なく送れるような生活リズムに修正される。不登校の児童に試した症例も報告されている(大川, 1999)。

(4) 睡眠環境の制御

① 光

光は、先の高照度光療法の項でも述べたように、覚醒と睡眠のリズムのために重要な要素である。覚醒時は、カーテンを大きく開けて太陽光を浴びること、逆に就寝時にはあまり明るすぎない部屋で過ごさないことが重要である。就寝直前の部屋の明るさは、30ルクス以下に設定するのが望ましいとされている。

② 音

落ち着いて眠るためには、外部からの音が入りにくい部屋に寝室を設けることが大切になる。一般に40デシベルを超える音は睡眠に影響を及ぼすといわれており、50デシベル以上になると、あきらかに「うるさくて眠れない」と感じる。入眠を導入する音楽なども市販されているが、覚醒させすぎないことが大事なため、音の大きさを抑えた、抑揚がない単調な曲が良い。曲の好みにも個人差があるので、どの音楽が入眠を促進するか一概には言えないが、環境音楽のように、ソフトで、特に意味をもたせない、ゆったりしたテンポのハーモニーか自然環境音など、リラックス効果をねらって発売されているものを試してみる価値はある。その音楽がかかると自動的に眠くなる条件付けが形成されればなお望ましい。

③ 香り

香りが人の体と心に及ぼす影響について、その効果を実証するものにアロマセラピーがある。アロマセラピーは、植物の花や葉などからエッセンシャルオイル（精油）を抽出して、その香りを部屋の中で楽しむ、入浴剤として使用するなどして、健康の維持や病気の予防に役立てることを意図している。眠りを導入する香りとしては、ラベンダーやローズウッドなどが知られている。ストレスによる覚醒の指標の1つとして夢想起頻度があるが（松田，1997）、アロマの使用により夢想起頻度が減少することが確認されている（松田・鈴木，2003）

④ その他

「光」「音」「香り」などを効果的に使って睡眠環境を整えるだけでも、快適に眠るための第一歩になると考えられる。その他にも体温調節のための入浴や、保温効果、汗や皮脂などの汚れの吸収効果があり、肌触りのよさ、体を締め付けないゆったりした寝衣の装着などがあろう。体内への摂取をコントロールした方がよいものは、カフェインとアルコール、その他には空腹、満腹を避けること、就寝前に排尿するなどがある（表4）。

睡眠環境を自己制御するために利用可能な睡眠改善補助商品も一覧として紹介しておく（図2）。

表4 快適な睡眠のためのアドバイス

規則的な睡眠スケジュール

規則正しく床に就き、起きましょう。目覚ましは毎朝決まった時間にセットし、あまり眠れていなかったとしてもその時間に起きるようにします。昼寝にしても同じように（毎日午後とるか、あるいは全くとらないか）一貫性をもたせましょう。きまぐれに昼寝をすると、その晩はぐっすり眠れなくなる可能性が高くなります。週末に遅く起床することも睡眠サイクルをくずしてしまう原因にもなります。

アルコールとカフェイン

アルコール度数の高い酒を就寝前に飲むことは寝入りやすくするかもしれないが、睡眠サイクルを乱し、翌朝早く目が覚めやすくさせます。加えて就寝2、3時間前のカフェイン飲料とコーラの摂取も避けましょう。血中のカフェイン濃度が半分になるためには4、5時間必要だからです。もし飲みたくなった場合には温かいミルクを飲みましょう。眠りをさそいます。

寝る前の食事

就寝前に大量の食事を取ることはやめましょう。消化器系を何時間も働かせなければなりません。もし食べたくなった場合には、軽いスナックにしましょう。

運動

定期的な軽い運動は眠りの質をよくします。しかし就寝前にハードな運動に取り組むことはやめましょう。

睡眠薬

睡眠薬の使用には注意を払いましょう。たくさんの種類を同時に服用することは睡眠サイクルを乱し、長期間の使用は不眠症を引きおこします。試験前に服用することもやめましょう。一晩の不眠は翌日の遂行にそれほど影響しませんし、睡眠薬の残留があるかもしれません。

リラックス

就寝前にストレスフルな思考を避け、リラックスさせる活動に従事しましょう。例えば、温めのお風呂に入り、数分ソフトな音楽を聴いたりなどです。室温も快適に感じるほどにし、一晩それを維持できるようにしましょう。

これらすべてに失敗したとき

それでも眠れないときにも、起き上がってはいけません。そのままベッドにいてリラックスできるように努めましょう。それでも緊張していたら、一旦起き上がってながさめの時間を待ち、何か不安を減らすことをしましょう。しかし腕立てなどの運動で自分を疲れさせようとするのはあまりよくありません。

（Atkinson et al., 1996 より要約）

| | | | |
|------------|---------------|--|---|
| 睡眠環境を整える | 寝具 | 枕 | ミルキーウェーブ(ロフテー)・プライベート音枕 RLX-P1(東芝コンシューママーケティング)・アウトラスト(西川産業)・エクセルピロー(西川産業)・コピロ(西川産業)・サイレントナイトピロー(フランスベッド)・YOYOピロー(GELTEC) |
| | | ベッド・マットシート | ルーバームーブ(フランスベッド)・YOYO(GELTEC)・クラボウ・アイスボディシート(KURABO) |
| | | パジャマ | ジャミソール(ルーツ) |
| | その他 | 香り | めざましアローム(白元)・アロマルーチェ(松下電工) |
| | | 光 | 健光浴(松下電工)・ASSA(松下電工) |
| | | 香り, 光, 音楽 | 夢見工房(タカラ) |
| 摂取し、体調を整える | テアニン(アミノ酸) | SUN THEANINE(サンフィールド)・テアミンアルファ(メタボリック) | |
| | セドロール | Soo(花王) | |
| | メラトニン(サプリメント) | nemu[ネムー](大塚製薬)・みどりナイト牛乳(九州乳業) | |
| | 薬 | ドリエル(エスエス製薬)・レスティ錠(大正製薬)・レスタミン(興和) | |

(内山・松田, 2004)

図2 睡眠改善補助商品一覧

(5) 心理療法

① 筋弛緩法

ストレスや不安で覚醒した場合には、就寝前に、リラクゼーションや自律訓練法という行動療法により、心身の弛緩をはかるのが効果的で、これは前掲の睡眠障害対処12の指針にも含まれている。松田(2004)では、いじめから不眠と悪夢の症状を示す不登校生徒に対し、就寝前のブリーフ・リラクゼーションから、不眠の頻度が減少した事例を報告している。

② 睡眠へのこだわりの緩和

不眠症患者の訴えの中に共通してある種の「認知の歪み」がみられる。「全然眠れない(全か無か思考)」「夜中に一度目が覚めると、いつもその

後は眠れない(過度の一般化)」「眠れないと次の日は何もできない(過度の一般化)」「六時間は眠れるが、それでは足りないのもっと眠らなくてはならない(すべし思考)」などである(中本・吾郷, 1998)。極端な考え方を認知療法によって修正したり、睡眠の記録表をつけさせて、実際にはどうなのか確認するなどして、睡眠へのこだわりを緩和させることが重要である。

③ 現実の問題に対する対処能力の向上

心理臨床の現場では、相談者の方が、自発的に治療者に夢を報告することがある。多くの場合それは悪夢であったり、なぜそのような夢をみたのか分からずに、相談者の方は不安にとらわれていたりする。悪夢や不安夢に苦しんでいる人は、現実世界で抱えている問題を解決することが一番大切になる。例えば、進路選択問題で悩む学生さんが、それを応援してくれなかった、身近な大人たちからうけた暴力の夢をみたりする。また家族と突然死別された方が、亡くなったことを思い出す時期に、自責の夢をみる現象もよくみられる。

松田(1998)では、離婚問題に起因する悪夢症状を呈したクライアントが、配偶者に対して適切な主張スキルを身につける、感情を表現する、生活能力をつけて自立するプロセスの中で、悪夢症状が消失するプロセスを報告している。

悪夢内容と覚醒時経験との間には、詳しく対比していくと連続性があることがわかる。そのため、悪夢の心理治療には、現実生活でのストレスへの心理治療も同時に含まれるのである。

5. 結語—心理療法が睡眠障害の治療に 関与できる領域について

睡眠障害の症状に苦しむ人の増加は、皮肉なことに近代になって電気が発明されてからである。それ以前、太陽が昇ると同時に活動をはじめ、沈むのと同時に休息をとっていた時代は、生物時計が乱されるきっかけはほとんどなかった。電気を手に入れたことは言うまでもなく私たちの生活を豊かにしたが、一方で生産性・効率を追い求めた結果、睡眠時間を短縮させる必然性、深夜の労働

など、覚醒と睡眠との折り合いを上手につける必要性が生じたのである。現代人における睡眠問題の増加とともに、それへの対処法の普及も緊急の課題である。本論文のまとめとして、睡眠障害に対して心理療法が寄与する領域を確認してこれをまとめとする。

心理療法が主となり支援を果たせる領域は、①睡眠障害の原因となるストレス緩和および睡眠へのこだわりの緩和に対する認知療法、②心身弛緩のための行動療法（自律訓練法・リラクゼーションなど）、③悪夢の原因となる心理的問題に対するカウンセリング、④環境調整への助言となる。その他の薬物療法と高照度照射療法は医療機関受診を薦めることとなる。

引用文献

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association (アメリカ精神医学会, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(1995) *DSM-IV* 精神疾患の分類と診断の手引, 東京: 医学書院)
- アメリカ精神医学会 (2002) *DSM-IV-TR* 精神疾患の診断と統計マニュアル第4版, 医学書院
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D., & Nolen-Hoeksema, S. (1996) *Hilgar's Introduction to Psychology*, 12th Edition. Harcourt, Brace & Company: New York.
- 船井 彩・高橋敏治・松田英子・楨 光秀・佐藤 幹・青木公義 (2004) 中学生の夢想起頻度に影響を及ぼす要因の研究—テスト不安と性差の関係について—, 日本睡眠学会第29回定期学術集会論文集, p. 230.
- 平地純司 (2003) 音楽療法による快眠法の研究—夢想起頻度からみる1/fゆらぎと暗示効果の実験的検討—, 2003年度江戸川大学卒業論文
- 真下祐輔 (2003) 大学生の不眠傾向の現状—適応性睡眠障害に関する一考察—, 2003年度江戸川大学卒業論文
- 松田英子・春日 喬 (1998) 夢情報を媒介にした認知療法DMCT (Dream Mediated Cognitive Ther-

apy) の試み, カウンセリング研究, 31, pp. 310-319.

- 松田英子・鈴木弘倫 (2003) 夢想起頻度にアロマ使用が及ぼす影響, 日本性格心理学会第12回大会発表論文集, pp. 88-89.
- 松田英子 (2004) 認知療法—環境とのかかわりで認知を修正し, 子どもの対処可能性を広げる, 児童心理2月増刊号, pp. 88-89, 金子書房
- 中本智恵美・吾郷晋浩 (1998) 薬物によらない治療法—睡眠の正常と異常, 大熊輝雄・宮本忠雄編, 睡眠の正常と異常, pp. 141-151, 日本評論社
- 小椋 力 (1998) 睡眠薬の上手な使い方—睡眠の正常と異常, 大熊輝雄・宮本忠雄編, 睡眠の正常と異常, pp. 131-140, 日本評論社
- 大川匡子 (1999) 高照度光療法, 太田龍郎・大川匡子・塩澤全司編, 臨床睡眠医学, pp. 52-53, 朝倉書店
- 睡眠障害の診断・治療のガイドライン研究会・内山真編 (2002) 睡眠障害の対応と治療のガイドライン, じほう
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000) Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, pp. 555-560.
- Tagaya, H., Uchiyama, M., Ohida, T., Kamei, Y., Shibui, K., Ozaki, A., Tan, X., Suzuki, H., Aritake, S. LI, L., & Takahashi, K. (2004) Sleep habits and Factors associated with short sleep duration among Japanese high-school students: A community study. *Sleep and biological Rhythms*, 2, pp. 57-64.
- 内山喜久雄・松田英子 (2004) イミダス2005「心理学」, pp. 1170-1178, 集英社

参考文献

- 堀 忠雄 (2000) 快適睡眠のすすめ, 岩波書店
- 井上昌次郎 (2000) 睡眠障害, 講談社
- Pallos, H., Yamada, N., Doi, Y., Okawa, M. (2004) Sleep habits, Prevalence and burden of sleep disturbances among Japanese high-school students. *Sleep and biological Rhythms*, 2, pp. 37-42.
- Yoshimatsu, S. & Hayashi, M. (2004) Bedtime and lifestyle in primary school children. *Sleep and biological Rhythms*, 2, pp. 153-155.