

· 论 著 ·

失眠认知行为治疗五大技术疗效因子
及其治疗感受的质性研究[☆]卢静芳^{*} 李静茹[△] 葛方梅[△] 张洁[△] 张晶[△] 孙莞琦[△] 赵文清[△] 师彬彬[△] 罗鑫[△] 苑成梅^{△◎}

【摘要】目的 研究失眠认知行为治疗(cognitive behavior therapy-insomnia, CBTI)中睡眠卫生教育、睡眠限制、刺激控制、放松训练以及认知疗法五大技术的疗效相关因素及治疗感受。方法 纳入21例失眠伴焦虑、抑郁症状患者开展连续8次CBTI,采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表评估睡眠症状,运用质性研究方法,分别于第2、4、8次治疗后对患者进行关于治疗技术及自身感受的半结构式访谈,采用主题分析法对访谈资料进行编码和分析。结果 患者治疗后PSQI总分下降(13.55 ± 1.97 vs. 6.91 ± 2.43 , $P<0.05$)。患者访谈表明CBTI五大技术对失眠症状均有改善效果。疗效相关因素包括:养成良好睡眠习惯,减少无效躺床时间,规律作息,建立正向联结,改变不良认知等。患者治疗感受包括:前期体验糟糕,难以离开床,需要长期坚持等。结论 CBTI治疗中的五大技术对睡眠均有帮助,患者会产生负面感受,需重视患者情绪变化及在执行过程中的困难。

【关键词】慢性失眠障碍 失眠认知行为治疗 质性研究 疗效因子 治疗感受 焦虑 抑郁

【中图分类号】R749.05;R338.63 【文献标识码】A

The therapeutic effect factors and experience of CBTI five main technologies—A qualitative study. LU Jingfang, LI Jingru, GE Fangmei, ZHANG Jie, ZHANG Jing, SUN Wanqi, ZHAO Wenqing, SHI Binbin, LUO Xin, YUAN Chengmei. Shanghai Mental Health Center, Shanghai 20030, China. Tel: 021-34773399.

【Abstract】Objective To study the related factors and treatment feelings of the efficacy of five major techniques of cognitive behavioral therapy (CBTI) for insomnia, including sleep hygiene education, sleep restriction, stimulation control, relaxation training and cognitive therapy. Methods Twenty-one patients with insomnia accompanied by anxiety or depression were treated with 8 consecutive CBTI sessions. Pittsburgh sleep quality index (PSQI) was used to evaluate sleep symptoms. Qualitative research methods were used to conduct semi-structured interviews on treatment techniques and personal feelings after the 2nd, 4th, and 8th sessions, and the interview data was encoded and analyzed by thematic analysis. Results PSQI scores decreased after treatment (13.55 ± 1.97 vs. 6.91 ± 2.43 , $P<0.05$). Interviews indicated that five major technologies of CBTI improved insomnia symptoms. The factors related to the therapeutic effect included developing good sleep habits, reducing ineffective bed time, regular sleep and rest, establishing positive connections, and changing negative cognition. The treatment experience included poor early experience, difficulty leaving bed, and the need for long-term persistence. Conclusion The five major techniques in CBTI treatment are all helpful for sleep, and patients may experience negative feelings. It is necessary to pay attention to the patient's emotional changes and difficulties during the execution process.

【Key words】Chronic insomnia disorder Insomnia cognitive behaviour therapy Qualitative research Efficacy

doi:10.3969/j.issn.1002-0152.2023.07.004

^{*} 上海市科委科技创新行动计划(编号:20Y11906600);上海市申康发展中心重大临床研究项目—青年项目(编号:SHDC2020CR4074);上海市精神心理疾病临床医学研究中心项目(编号:19MC1911100);上海市精神卫生中心睡眠障碍特色学科(编号:2017-TSXX-02);中西医协同引导项目(编号:ZXXT-202208)

^{*} 上海交通大学医学院附属精神卫生中心研究生,现南通大学附属常州儿童医院(上海 200030)

[△] 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

[◎] 通信作者(E-mail:yuanchengmei@yeah.net)

factors Treatment feelings Anxiety Depression

失眠是常见的公共卫生问题^[1]。国内外很多量化研究肯定了失眠认知行为治疗(cognitive behavior therapy insomnia, CBTI)的有效性,该方法可提高患者睡眠质量和效率,改善注意力^[2-3]。CBTI通常包含睡眠卫生教育、睡眠限制法、刺激控制法、放松疗法以及认知治疗五大技术。目前专门针对五大技术的研究较少,且CBTI更偏向行为治疗,强调患者的依从性,例如睡眠计划是否执行、家庭作业是否完成,与其他一般心理治疗存在差异,其疗效因子及患者治疗感受尚不明确。本研究基于质性研究方法,以上海市精神卫生中心参与CBTI治疗的21例失眠患者为研究对象,在治疗期间及结束后对患者进行半结构化访谈并采用主题分析法,探索CBTI五大技术的疗效相关因素及患者感受,为发展CBTI多种治疗形式、提高患者治疗体验提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2020—2021年,通过医生推荐等多种方式,在上海市精神卫生中心入组失眠障碍伴焦虑、抑郁患者。入组标准:①年龄≥18周岁,男女不限;②目前符合《精神障碍诊断与统计手册第5版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, DSM-5)失眠障碍诊断标准;③匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表总分≥10分;④伴有焦虑、抑郁症状,即汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)≥14分且≤29分,和/或17项汉密尔顿抑郁量表(17-item Hamilton depression scale, HAMD-17)≥14分且≤23分,但不符合焦虑障碍、抑郁障碍的诊断标准;⑤入组前2周末服用过镇静安眠药、抗抑郁药、抗焦虑药、抗精神病药,或入组前4周使用相关药物种类、剂量稳定。排除标准:①存在DSM-5中其他睡眠问题,如呼吸暂停综合征、不宁腿综合征等;②妊娠、哺乳期或计划妊娠女性;③酒精或物质滥用

引起的失眠问题;④目前或既往诊断为焦虑障碍、抑郁障碍达到临床治愈但维持稳定不足6个月者。

本研究经上海市精神卫生中心伦理委员会审核(审批号2020-23),并于2020年8月在Clinical Trial.gov网站登记。所有被试签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 失眠的认知行为治疗 采用一对一个体治疗的方式进行标准化CBTI,治疗内容包括睡眠卫生教育、睡眠限制、刺激控制、放松训练以及认知治疗五大技术。每次45~50 min,每周1次,共8次治疗。CBTI干预方案参考《失眠的认知行为治疗—逐次访谈指南》^[4]。

1.2.2 访谈资料收集 通过研究者对患者进行半结构化访谈获取数据。访谈在治疗第2周、第4周和第8周治疗结束后进行,共3次,均为面对面访谈。访谈大纲分为对治疗看法和对自己看法两部分,内容主要聚焦以下方面:治疗过程中对治疗、对自己看法及自身有哪些变化,治疗方案中哪些技术让患者获益,患者如何看待这些技术,治疗是否满足期待,患者做了哪些努力等。所有访谈获许可录音,后期转录成逐字稿,隐去被访者的真实姓名以及会透露个人隐私的信息,逐字稿代码分为两部分,第一部分为受访者姓名编码和时间,第二部分为受访者在访谈中讲的第几句话,如“YF4-16”是受访者YF在第4周末访谈中讲的第16句话。所有录音数据由研究者专门保管并备份。

1.2.3 编码分析方法 资料分析采用主题分析法^[5]:①熟悉数据,注释初始想法;②产生初始编码,系统地编码到整个数据集;③寻找主题,把编码整理到特定主题,收集与每个特定主题相关的所有数据;④修订主题,检查主题是否与编码提取和整个数据集相关;⑤定义和命名主题,持续分析精炼每个主题,生成清晰的定义和名称;⑥生成报告。

1.3 质量控制方法 治疗师和研究者均来自上海市精神卫生中心,治疗师接受系统CBTI培训,具有心

理治疗实践经验,严格按照治疗手册的内容进行治疗,接受定期督导。设立2位编码人员独立进行数据分析,采用研究者间的编码一致性对信度进行评定,内部编码一致性信度 $=A/(A+B)$,A为2位编码者主题一致的数目,B为主题不一致的数目^[6]。本研究内部编码一致性信度为80.96%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23进行数据分析。对患者治疗前后PSQI、HAMA、HAMD-17量表评分进行配对样本 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验。

2 结果

2.1 一般资料 纳入21例患者,男8例,女13例,年龄22~43岁,平均年龄 (31.47 ± 5.82) 岁,受教育年限 (16.90 ± 2.19) 年。平均访谈时长 (13.63 ± 10.12) min。11例患者稳定服药(包括劳拉西泮、酒石酸唑吡坦、艾司唑仑、佐匹克隆等),10例不服用药物。

2.2 治疗前后患者临床症状改善情况 与治疗前相比,患者治疗后PSQI($t=-3.305$, $P=0.001$)、HAMA($t=-2.941$, $P=0.003$)、HAMD-17($t=-3.192$, $P=0.001$)总分降低,差异有统计学意义,见表1。

2.3 CBTI技术疗效因素及治疗感受 患者访谈资料经分析提取,关于CBTI五大技术疗效相关因素和治疗感受的主题见表2。

2.3.1 睡眠卫生教育 21例患者均认为睡眠卫生教

表1 失眠障碍患者治疗前后PSQI、HAMA、HAMD-17得分

评估时间	n	PSQI总分	HAMA总分	HAMD-17总分
治疗前	21	13.55 $\pm$ 1.97	17.18 $\pm$ 3.40	14.59 $\pm$ 5.45
治疗后	21	6.91 $\pm$ 2.43 ¹⁾	5.27 $\pm$ 3.85 ¹⁾	5.00 $\pm$ 3.63 ¹⁾

注:PSQI,匹兹堡睡眠质量指数;HAMA,汉密尔顿焦虑量表;HAMD-17,17项汉密尔顿抑郁量表。1)与治疗前比较,经配对样本 t 检验, $P<0.01$ 。

育让他们获益:“了解更多关于睡眠的知识和方法”(LHX8-6)。患者认为“规律作息”是睡眠卫生教育中重要的内容:“一半的内容侧重于建立有规律的生活习惯”(GJ8-5)。督促患者改掉不良生活习惯:“戒酒之后,睡眠质量比想得要好”(DGL2-1)。为之后执行睡眠限制和刺激控制做铺垫:“知道睡眠的机制,才愿意执行睡眠限制”(LHX8-10)。同时患者认为严格遵守睡眠卫生规则不容易,需要付出努力才能做到:“别把问题带到床上,这一条有点困难,但我在努力”(TZR2-30)。

2.3.2 睡眠限制 在前4周,多数患者表示体验糟糕:“白天昏昏沉沉,很困”(LHX2-4)。伴随的是难以执行:“每天很早从床上爬起来,几乎做不到”(WXF4-5)。后期患者抗拒明显变少:“睡眠限制,我坚持了7周,白天不会困了”(TZR8-16)。18例患者认为睡眠限制在治疗过程中起到了良好的作用,主要体现在提升睡眠质量和规律作息两个方面:“入睡时间明显比之前短”(LHX4-6),“强迫自己一定要规律,定点定时”(YJW2-9)。还有1例患者认为睡眠限制技术“过于残酷,内心不是很认同,实在执行不了”(LSJ4-17)。

2.3.3 刺激控制 14例患者表示刺激控制技术中“床和睡眠产生联结”令人印象深刻:“学到还挺多的,比如不要在床上做跟睡眠无关的事”(WXF2-7)。对“睡不着”观念有了较大变化:“以前总觉得睡不着,就更应该在床上躺着,现在睡不着就起来做其他事情,不强求睡觉”(CXB8-28)。同时刺激控制执行过程中不是一帆风顺:“已经躺在床上,很难再爬起来”(WXF4-5)。

表2 患者访谈中CBTI五大技术疗效相关因素及治疗感受的主题

五大技术	疗效相关因素	治疗感受
睡眠卫生教育	良好睡眠习惯,学习常识方法,调整睡眠环境	起效快,需要付出努力,长期遵守
睡眠限制	减少无效卧床时间,规律作息	体验糟糕,头晕,执行困难,残酷,后期抗拒减少
刺激控制	建立正向联结,强化条件反射	难以离开床,努力适应
放松疗法	降低焦虑	不重视,难以坚持练习,需要耐心
认知治疗	改变认知偏差,焦虑降低,良性循环	经验内化,自我反省

2.3.4 放松疗法 15例患者觉得放松训练效果很好:“焦虑值明显下降了”(LC2-19)。2例患者表示对放松训练“情感比较复杂”:“我重视程度不够,放松训练就做了两次”(TZR2-10)。3例患者在访谈中,提到自己属于“急躁”的性格特点:“放松训练不会再做了,对于我这种没有耐心的人来说,简直是煎熬”(TZR8-79)。除此之外,焦虑的患者可以比较好地执行放松训练:“其实我本身挺焦虑的,做了放松训练后,焦虑程度就降低了”(ZXY2-8)。焦虑程度低的患者,缺乏动力坚持进行放松练习:“感觉我没有很焦虑,不是很需要做放松练习”(GYW4-8)。患者对不同种类的放松练习也有不同的反馈:“渐进性肌肉放松时间太长,没坚持几次,腹式呼吸我觉得还好”(TZR2-67)。

2.3.5 认知治疗 接受治疗前,患者均表示“将睡眠看得很重要”,“睡眠不好就担心身体健康,觉得会生病”(TZR2-38)。接受治疗后,对睡不着的看法有所改变:“现在想法转变了,晚上不会逼着自己入睡,反而睡着了”(YSY4-10)。另外,服药患者多次表达了对药物的排斥,“吃了药会变傻”(TZR5-29),并且目标之一是减药断药,“我希望往下减,最后不吃”(TZR0-79)。治疗后的患者不会将注意力过多集中在副作用上,而是更多关注到药物带来的改善,“药物治疗有作用,目前阶段还是需要药物的”(WXF4-4),并且相信在医生的指导下可以逐步减药,“对药物的依赖减弱,以后可以逐渐减药”(TZR8-34)。负面反馈体现在患者认为治疗师照本宣科:“治疗师每次都是带我看手册上的内容,没有针对性”(YF8-56)。

3 讨论

通过质性主题分析本研究发现,CBTi治疗中的五大技术在不同程度上均能让患者获益,患者提及的睡眠改善,如失眠症状减少、睡眠效率提高、情绪好转,与既往CBTi研究的治疗效果^[7]基本一致,但治疗感受各不相同,如长期坚持睡眠卫生教育和放松训练不容易做到,执行睡眠限制和刺激控制时

有困难并产生较多负面感受,需重视患者情绪变化及在执行过程中的困难,认知改变需要针对性。

所有患者认可睡眠卫生教育的作用。最直接的帮助是让患者了解更多关于睡眠的知识和原理,改善睡眠环境,养成良好生活习惯,为之后学习睡眠限制、刺激控制等技术打下基础,与既往研究结果^[8]一致。睡眠卫生教育通常被安排在第1、2次治疗中,是起效最快的技术,但坚持执行贯穿在整个治疗中。既往研究提示单独使用睡眠卫生教育疗效欠佳,不如睡眠限制和刺激控制法^[9]。因此睡眠卫生教育作为辅助疗法与其他治疗联合使用时才会发挥更大效应。

睡眠限制和刺激控制被推荐为治疗慢性失眠障碍的有效方法,可单独使用^[10-11],但存在执行困难,患者甚至拒绝执行或放弃治疗^[12]。本研究结果提示,这种困难具有阶段性的特点,一旦患者从中受益,依从性就随之提高。因此当患者表示执行困难时,应解释治疗的原理及强调其有效性,与患者讨论睡眠时长及时间窗,制定更具可行性的睡眠计划;如果患者出现困倦、疲乏等不适或对治疗效果缺乏信心时,需解释负面状况是暂时的,随着后续睡眠的改善会逐渐好转,需要鼓励患者持之以恒,并在干预的过程中及时提供正向反馈^[13]。

CBTi的常规家庭作业——放松训练和记录睡眠日记,会给患者带来矛盾心理,患者一方面觉得枯燥,难以坚持,另一方面如果不完成,会有心理负担,加重焦虑,进而影响治疗。治疗任务的执行度与疗效有密切关系,研究表明参与程度高的成员,例如坚持记录睡眠日记、填写情绪记录表格,与参与程度低的成员相比,在睡眠改善方面有显著差异,积极参与的患者获益更多^[14]。放松训练与患者个性特征、焦虑程度有关,有耐心、焦虑程度高的患者依从性更好,对放松训练评价高;不同患者对不同种类的放松练习有偏好性。既往研究提示患者对放松训练的个人喜好可能会影响治疗效果^[15],因此,治疗应提供多样的放松训练形式,并鼓励患者选择适合自己的方式,对于初学者,可推荐采用腹

式呼吸等初级放松技术,熟练运用后,再进行难度大的放松训练。

认知治疗改变了患者对睡眠的认知偏差,更理性地看待失眠,从而降低焦虑情绪,不再“努力入睡”,这点有助于睡眠好转,睡眠状态确实好转之后,给予患者更多信心,进一步降低焦虑程度,形成良性循环^[16]。一项研究将失眠患者随机分至CBTI组、行为治疗组和认知治疗组,治疗期间,所有患者不良睡眠信念得分大幅度下降,但在12个月随访中,相比行为治疗组,认知治疗组和CBTI组在不良睡眠信念方面继续保持较低分数^[17]。因此,认知治疗在CBTI中占据重要位置。患者认知模式的改变需要一个过程,该过程较长可能导致CBTI前期治疗效力低。并且本研究是手册式结构化治疗,患者认知偏差各不相同,需要治疗师把控好结构化和灵活性之间的界限。JOYCE等^[18]也发现患者更喜欢灵活、以人为中心的治疗形式,因此对治疗师的要求较高。

研究结果提示,情绪问题和依从性问题与治疗效果有密切关系。以往研究表明CBTI能减轻抑郁、焦虑等情绪问题^[19],降低压力水平也有显著作用,疗效可延续至治疗3个月后^[20]。因此治疗师在工作中也需增加对焦虑、抑郁等情绪问题的关注,治疗前期应进行充分的心理卫生教育,激发患者动力。缺乏持续的团队环境支持是降低治疗依从性的因素之一^[21],这提示可适当开展团体形式治疗^[22-23],增进患者间的支持和互助,提高患者的依从性。

GREGORY等^[24]提出的神经行为模式,认为神经生理、心理及行为因素三者的交互作用会影响睡眠,心理及行为因素通过神经生理因素影响失眠,单一行为改变或认知调整,不能完全解决失眠问题。研究表明CBTI组相对于认知治疗组,在失眠症状缓解以及生理水平提升方面效果更佳,相比行为治疗组,CBTI组在工作、社会适应和心理健康方面改善更大,尤其是对于共病精神疾病的患者^[25]。这些研究从侧面反映了包含认知与行为干预的综

合模式疗效更为持久。目前临床上发展出了不包含认知治疗,以睡眠限制和刺激控制为主的失眠短程行为治疗(brief behavioral treatment for insomnia, BBTI),其优势在于疗程短、脱落率低、依从性高,不含操作较难的认知疗法,降低了治疗师的门槛,便于推广^[26],对老年慢性失眠患者干预有效^[27]。BBTI治疗在保留CBTI核心内容的基础上,提供了新的方式来增加CBTI的可用性,但疗效长久性有待进一步确定。有研究发现行为治疗的改善效果迅速,但是持续性不佳,而认知治疗的改善效果较缓慢,但持续性好^[28],这提示临床上应根据实际情况推荐最佳治疗方案。

本研究存在不足:接受访谈的21例患者都是顺利完成8次治疗的患者,脱落患者拒绝访谈,未能就脱落原因等进行探讨;虽然研究者接受培训和督导,但在质性研究中难以做到完全避免偏倚;访谈时间节点局限在8周内,未来研究需继续随访长期效果。

参 考 文 献

- [1] 卢静芳,苑成梅.失眠症的正念治疗研究进展[J].精神医学杂志,2019,32(6):471-474.
- [2] 蒋晓江,郝凤仪,陈南西,等.慢性失眠症的团体认知行为疗法[J].中国临床神经科学,2017,25(1):112-118.
- [3] 胡怡蕾,赖顺凯,苗浩飞,等.失眠认知行为治疗及相关功能磁共振影像研究进展[J].中国神经精神疾病杂志,2021,47(2):121-124.
- [4] PERLIS M L, JUNGQUIST C, SMITH M T, 等.失眠的认知行为治疗:逐次访谈指南[M].张斌,主译.北京:人民卫生出版社,2012:6-18.
- [5] BRAUN V, CLARKE V. Using thematic analysis in psychology [J]. Qual Res Psychol, 2008, 3(2): 77-101.
- [6] 麦克斯威尔.质性研究设计[M].陈浪,译.北京:中国轻工业出版社,2008:100-101.
- [7] GUNNE H, TUTTEK J, BUYSE J D. Brief Behavioral Treatment of Insomnia[J]. Sleep Med Clin, 2019, 14(2): 235-242.
- [8] KNUFINKE M, NIEUWENHUYTS A, GEURTS S, et al. Self-reported sleep quantity, quality and sleep hygiene in elite athletes[J]. J Sleep Res, 2018, 27(1): 78-85.
- [9] KAFAT C, CHITTAT L, WINGFAI Y, et al. Sleep hygiene educa-

- tion as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Fam Pract*, 2017, 35(4): 365–375.
- [10] KYLE S D, MILLER C B, ROGERS Z, et al. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder[J]. *Sleep*, 2014, 37(2): 229–237.
- [11] GOODHINES P A, SVINGOS A M, GERISH S, et al. Randomized controlled trial of cognitive refocusing versus stimulus control treatment for college insomnia: feasibility of a brief, electronic-based, and peer-led approach[J]. *J Am Coll Health*, 2022: 11–13.
- [12] COLIN A E, RICHARD E, SIMON D K, et al. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial[J]. *JAMA Psychiatry*, 2018, 76(1): 21–30.
- [13] FRETZ K M. Recommendations to bolster adherence in cognitive behavioral therapy for insomnia: a self-efficacy approach[J]. *Transl Behav Med*, 2023, 13(4): 201–211.
- [14] CUI R F, FISKE A. Predictors of treatment attendance and adherence to treatment recommendations among individuals receiving Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia.[J]. *Cogn Behav Ther*, 2020, 49(2): 113–119.
- [15] SFEIR J G, DRAKE M T, SONAWANE V J, et al. Vertebral compression fractures associated with yoga: a case series[J]. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2018, 54(6): 947–951.
- [16] 杨静怡, 田军章. 原发性失眠大脑默认网络功能损害的特点及其机制[J]. *中山大学学报(医学科学版)*, 2023, 44(3): 528–533.
- [17] POLINA E. Change in Dysfunctional Beliefs About Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia[J]. *Behav Ther*, 2016, 47(1): 102–115.
- [18] JOYCE E, TAI S, GEBBIA P, et al. What are People's Experiences of a Novel Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorders? A Qualitative Investigation with Participants on the TEAMS Trial[J]. *Clin Psychol Psychother*, 2017, 24(3): 712–726.
- [19] KALMBACH A D, CHENG P, ARNETT T J, et al. Treating insomnia improves depression, maladaptive thinking, and hyperarousal in postmenopausal women: comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBTI), sleep restriction therapy, and sleep hygiene education[J]. *Sleep Med*, 2019, 55: 124–134.
- [20] ALEXANDER S, NICOLE L, GORICA M, et al. Do symptoms of depression, anxiety or stress impair the effectiveness of cognitive behavioural therapy for insomnia? A chart-review of 455 patients with chronic insomnia[J]. *Sleep Med*, 2020, 75: 401–410.
- [21] DYRBERG H, JUEL A, KRAGH M. Experience of Treatment and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Depression: An Interview Study[J]. *Behav Sleep Med*, 2020, 19(4): 1–11.
- [22] 王继辉, 韩洪瀛, 张明, 等. 睡眠伴侣辅助治疗对慢性失眠患者行为疗法依从性及疗效的影响[J]. *中山大学学报(医学科学版)*, 2014, 35(2): 284–288.
- [23] DE ENTRAMBASAGUAS M, AIKO-GESLER M, LUCIANO E, et al. Cognitive-behavioural group therapy for insomnia: evaluation of the results after its implementation in a health department [J]. *Rev Neurol*, 2020, 70(7): 246–250.
- [24] GREGORY R L, CYNTHIA G. Nonpharmacologic approaches to the management of insomnia[J]. *J Am Osteopath Assoc*, 2010, 110(12): 695–701.
- [25] SARFAN L D, MORIN C M, HARVEY A G. Twelve-month follow-up: Comparative efficacy of cognitive therapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy for patients with insomnia.[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2023, 91(2): 60–70.
- [26] BRAMOWETH D A, LEDERER G L, YOUK O A, et al. Brief Behavioral Treatment for Insomnia vs. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Results of a Randomized Noninferiority Clinical Trial Among Veterans[J]. *Behav Ther*, 2020, 51(4): 535–547.
- [27] MCCRAE S C, CURTIS F A, WILLIAMS M J, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for insomnia in older adults: examination of sleep, mood, and cognitive outcomes[J]. *Sleep Med*, 2018, 51: 153–166.
- [28] HARVEY A G, LYNDIA B, LISA T, et al. Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2014, 82(4): 670–683.

(收稿日期:2023-02-07)

(责任编辑:肖雅妮)