DOI:10.3969/j.issn.1000-9760.2026.05.001

· 健康心理 ·

失眠障碍的心理治疗新进展：从认知行为疗法到接纳承诺疗法

韦杰梓[1,2]　杨晓寒[3,4]　江帆[2,5]　刘传新[4]

([1]广州医科大学卫生管理学院,广州 511436;[2]广州医科大学精神卫生学院,广州 510370;
[3]华北理工大学心理与精神卫生学院,唐山 063210;[4]济宁医学院精神卫生学院,济宁 272013;
[5]广州医科大学附属脑科医院门诊部,神经科学疾病研究重点实验室,广州 510370)

摘　要　失眠障碍心理治疗正由以症状控制为核心的传统模式逐渐向以心理灵活性和功能恢复为导向的新模式发展。尽管失眠的认知行为疗法(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)仍是国内外指南推荐的一线治疗方法,但部分患者存在疗效不足、治疗依从性较低以及对深层心理痛苦和价值相关困扰改善有限等问题,推动了失眠的接纳承诺疗法(acceptance and commitment therapy for insomnia, ACT-I)的发展与应用。本文围绕 ACT-I 的发展脉络,系统综述其理论基础、核心作用机制、临床循证证据以及与 CBT-I 在干预理念、作用机制、适用人群及疗效特点等方面的比较,重点总结 ACT-I 在多维评估体系、本土化实践、数字化干预及精准治疗中的最新研究进展。现有证据表明,ACT-I 不仅能够改善失眠症状,还可缓解焦虑、抑郁等共病情绪,提高心理灵活性及日间功能,在长期疗效和诊断干预方面展现出一定优势。然而,目前仍存在高质量随机对照研究不足、长期随访证据有限、作用机制尚未完全阐明及本土化研究相对欠缺等问题。未来应进一步深化 ACT-I 作用机制研究,加强中国文化背景下的本土化适配,推进 ACT-I 与 CBT-I 的优化整合及数字化应用,构建更加精准、个体化的失眠心理干预模式,不断完善失眠心理治疗体系,为临床实践提供更高质量的循证依据。

关键词　失眠障碍;失眠的认知行为疗法(CBT-I);失眠的接纳承诺疗法(ACT-I);心理灵活性

中图分类号:R749.055　　**文献标识码**:B　　**文章编号**:1000-9760(2026)10-385-08

Advances in psychological treatment for insomnia disorder: from cognitive behavioral therapy for insomnia to acceptance and commitment therapy for insomnia

WEI Jiezi[1,2], *YANG Xiaohan*[3,4], *JIANG Fan*[2,5], *LIU Chuanxin*[4]

([1]*School of Health Management, Guangzhou Medical University, Guangzhou* 511436, *China*;
[2]*School of Mental Health, Guangzhou Medical University, Guangzhou* 510370, *China*;
[3]*School of Psychology and Mental Health, North China University of Science and Technology, Tangshan* 063210, *China*; [4]*School of Mental Health, Jining Medical University, Jining* 272013, *China*;
[5]*Department of Outpatient, Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Key Laboratory of Neuroscience Diseases, Guangzhou* 510370, *China*)

Abstract:　Insomnia treatment is undergoing a paradigm shift from symptom-oriented management toward approaches that emphasize psychological flexibility and functional recovery. Although cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) remains the first-line psychological treatment, its limitations related to treatment adherence and in addressing

[基金项目]广州市卫生健康委员会市校(院)企联合资助专题项目(2025A03J3929);山东省教育厅研究生教育教学改革研究项目(SDYJG19212);广州市科技计划重点研发项目(202206010077)

[通信作者]江帆,E-mail:sleep99@126.com;刘传新,E-mail:liuchuanxin@mail.jnmc.edu.cn

underlying psychological distress have promoted the development of acceptance and commitment therapy for insomnia (ACT-I). This review summarizes the theoretical foundations, core mechanisms, and current evidence for ACT-I, and compares ACT-I with CBT-I regarding therapeutic principles, mechanisms, clinical efficacy, and target populations. Recent advances in multidimensional assessment, culturally adapted implementation in China, digital delivery, and precision treatment are also reviewed. Current evidence indicates that ACT-I can improve insomnia symptoms, alleviate comorbid anxiety and depressive symptoms, enhance psychological flexibility, and promote daytime functioning, demonstrating promising transdiagnostic value and sustained therapeutic effects. However, the existing evidence is limited by the small number of high-quality randomized controlled trials, insufficient long-term follow-up, and the lack of rigorous mechanistic and culturally adapted research. Future studies should further clarify the mechanisms of ACT-I, strengthen its cultural adaptation in China, and explore the optimized integration of ACT-I with CBT-I and digital delivery models to facilitate more precise and individualized interventions and further improve the psychological treatment framework for insomnia.

Keywords: Insomnia disorder; Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I); Acceptance and commitment therapy for insomnia (ACT-I); Psychological flexibility

失眠障碍以入睡困难、睡眠维持障碍及早醒为核心症状，常伴疲劳、注意力下降、情绪波动等日间功能受损[1]。全球约 27% 的成年人受失眠困扰，我国国民平均夜间睡眠为 6.85 h，超 65% 的人每周出现 1~2 次睡眠困扰[2]。失眠不仅是夜间睡眠问题，更是抑郁症、焦虑症的独立危险因素，且常与焦虑抑郁共病，形成复杂的互为因果关系[3]。对信访工作者的调查显示，有睡眠质量问题的群体心理问题阳性检出率显著更高[4]；失眠在癌症、慢性疼痛及心血管疾病患者中也极为常见，导致疾病负担增加、生活质量降低[5]。目前失眠治疗手段分为药物治疗和心理行为干预，药物治疗短期有效但存在依赖等风险，失眠的认知行为疗法（cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I）被多个国际指南推荐为慢性失眠的一线治疗方法[6-8]。然而，临床实践中部分患者对 CBT-I 依从性不佳，或伴有深层心理痛苦与价值相关困扰，干预效果有限。对标准 CBT-I 反应不佳者，可考虑接纳承诺疗法（acceptance and commitment therapy, ACT）等“第三波”认知行为疗法作为替代或补充。ACT 作为“第三波”认知行为疗法的代表之一，强调心理灵活性，通过接纳不适体验、认知解离及价值导向行动帮助个体减少无效斗争[9]。ACT 在失眠治疗中已形成标准化模式（ACT-I）。与 CBT-I 直接“矫正”睡眠认知不同，ACT-I 通过增强心理灵活性，促进接纳失眠体验、与灾难化思维解离、价值导向行动，从而改善睡眠相关困扰及整体生活功能[10-13]。本文系统梳理失眠的接纳承诺疗法（ACT-I）的理论基础、核心机制、临床证据及本土化进展，为临床实践与学术研究提供参考。

1　失眠心理治疗的范式演进：从 CBT-I 到 ACT-I

1.1　失眠 CBT-I：优势与局限

CBT-I 的理论基础源于 Spielman 提出的“3P”模型，包含易感性（predisposing）、促发性（precipitating）和维持性（perpetuating）3 个因素。其核心理念在于直接矫正维持失眠的不良行为与认知因素[14]。标准的 CBT-I 通常包含睡眠卫生教育、刺激控制、睡眠限制、认知重构和放松训练 5 大核心组件。其中刺激控制通过强化床与睡眠的联结来改善睡眠行为；睡眠限制则通过系统性减少卧床时间以提升睡眠效率[15]。以往多项随机对照试验（RCT）和荟萃分析显示，CBT-I 能够有效改善失眠严重程度、主观睡眠质量及日间功能，其疗效在治疗结束后可长期维持，优于药物治疗[16-17]。

然而临床实践中，CBT-I 的应用仍存在若干局限。首先，对伴有严重情绪障碍（如双相情感障碍）或特定健康问题（如癫痫）的患者，可能因睡眠剥夺而加重病情，部分行为技术需谨慎使用。其次，CBT-I 的行为组件（尤其是睡眠限制和刺激控制）可能会使患者出现暂时性日间极度嗜睡、疲劳、注意力和精力下降、头痛及易激惹等不适症状，影响部分患者的治疗依从性[6,8,15]。最后，CBT-I 侧重于改善睡眠相关的认知与行为，对更深层次的心理痛苦及生活价值相关困扰的干预有限[18]。因此，探索补充或替代疗法具有重要的理论和临床实践意义。

1.2　ACT-I 治疗失眠：心理灵活性导向的新范式

ACT 是“第三波”认知行为疗法的代表，其哲学与理论基础植根于关系框架理论（relational frame theory, RFT）及功能性语境主义[19]。ACT 强

调心理灵活性,即在当下觉察并接纳所有体验,同时基于个人价值采取行动的能力[20]。心理灵活性是 ACT 的重要机制,可操作性定义为:个体在面对内在体验(如情绪、思维、身体感觉)时,能够保持当下觉察、接纳体验,同时基于个人价值采取适当行动的能力[20-21]。

针对失眠的 ACT 干预称为 ACT-I,其核心理念在于通过提升心理灵活性、减少经验性回避、增强认知解离及价值导向行为,从而改善失眠相关困扰和日间功能,而非直接延长睡眠时间。ACT-I 将失眠重新概念化为围绕睡眠的心理僵化表现,心理僵化是 ACT 心理病理模型的核心概念,指个体在内在体验(如失眠相关的焦虑、挫败感)的支配下,僵化地依赖经验性回避和认知融合等无效策略,从而导致行为与个人价值脱节的状态[20]。患者常表现为经验性回避(试图压制或逃避与失眠相关的焦虑、挫败感)和认知融合(将消极想法视为必须遵循的真理),这些过程消耗大量心理资源,加剧夜间觉醒,并使生活重心从价值追求转向对抗失眠[22]。有研究支持 ACT-I 不仅可改善失眠症状,还能缓解伴随的焦虑和抑郁,提高心理弹性和生活质量,展现出跨诊断干预的独特优势[12-13]。ACT-I 体现了心理干预目标由单纯关注睡眠症状改善,逐渐扩展至促进心理灵活性、日间功能恢复及价值生活实现的治疗理念,尤其适用于对传统 CBT-I 依从性低或伴有高心理僵化的患者。

Ong 等[11]和 Zakiei 等[23]研究证实 ACT-I 组经验性回避的改善与匹兹堡睡眠质量指数评分的降低显著相关,提示心理灵活性的提升尤其是经验性回避的减少是 ACT-I 疗效的重要中介机制。Hämäläinen 等[24]指出 ACT-I 的机制研究不同于 CBT-I,既往研究证实 CBT-I 通过改变功能障碍性睡眠信念的内容发挥作用(即改变“想什么”),而 ACT-I 则通过改变个体与思维的关系发挥作用(即改变“如何想”),即减少对负性思维的僵化依附和回避。总之,当前证据提示心理灵活性(尤其是经验性回避的减少和认知解离的提升)是 ACT-I 改善失眠的核心中介机制。

1.3　ACT-I 的理论机制与评估体系

1.3.1　失眠的元认知觉醒模型　从 ACT-I 的角度来看,失眠的特异性机制可基于 Ong 等[11]提出的失眠的元认知觉醒模型来理解。该模型将睡眠相关认知唤醒区分为原发性唤醒(即与无法入睡直接相关的侵入性思维和信念,如“我睡不着的话,明天就完了”)和继发性唤醒(即个体如何与这些认知发生关系,包括对思维的依附程度、情绪效价及解释性意义)。失眠患者的核心问题不仅在于原发性唤醒,更在于因睡眠努力(刻意尝试入睡导致睡眠自动性丧失)、经验性回避(压制逃避失眠相关负性体验反而加剧情绪困扰)以及认知融合(将灾难化思维当作事实来相信而缺乏解离能力等过程)等所导致的继发性唤醒。这些机制使个体陷入“与失眠作斗争”的心理僵化状态。

1.3.2　ACT-I 的作用机制:中介过程与直接效应　ACT-I 正是通过接纳、认知解离与价值行动等过程[9],帮助患者从“改变症状”转向“改变与症状的关系”,从而打破恶性循环[10-11]。研究表明,ACT-I 的作用机制涉及中介过程与直接效应 2 个层面,且存在层级关系。中介过程(心理灵活性核心机制)包括:1)经验性回避减少。降低个体对负性思维、情绪和身体体验的压制或逃避,从而释放心理资源为后续价值导向行为创造条件[24]。2)认知解离。帮助个体与灾难化思维解离,减少对负性睡眠信念的依赖,从而增强心理灵活性[11]。直接效应(行为输出/价值行动):在经验性回避减少和认知解离的中介作用下,个体能够将注意力从对失眠的抗争转向基于个人价值的行为,提升日间功能和生活满意度,即便客观睡眠时间变化有限[10]。总之,经验性回避减少和认知解离作为心理灵活性的中介过程,间接作用于睡眠和情绪改善;而价值行动则是直接行为结果,是 ACT-I 临床干预效应可观测的输出。

Hämäläinen 等[24]对 86 例失眠患者进行中介分析,发现思维抑制代表经验性回避的一种形式和抑郁症状显著中介了 ACT-I 对主观睡眠质量的改善效应。具体而言,ACT-I 通过降低参与者的思维抑制和抑郁症状,进而减少主观睡眠抱怨;而正念、功能障碍性睡眠信念及整体心理困扰未显示出显著的中介效应。经验性回避的减少可能是 ACT-I 改善失眠的核心机制之一,即失眠患者常通过压制或逃避与睡眠相关的负性思维和情绪来应对,这种回避行为反而加剧认知情绪唤醒,延长入睡时间;ACT-I 通过接纳和认知解离等过程降低这种无效的回避策略,从而促进睡眠改善。

1.3.3　多维评估体系的整合与完善　有效的评估体系是验证疗效和探索机制的基础。现代失眠研

究强调主观与客观评估结合、多维度指标整合[25]。多导睡眠图和体动记录仪等可测量总睡眠时间、睡眠效率等[26-27]。但存在成本高、产品质量参差不齐等问题。传统 CBT-I 的主观评估主要包括失眠严重程度[28]、主观睡眠质量[25]及睡眠日记[29]等，需涵盖抑郁[30]和焦虑[31]等常见的情绪维度。而在 ACT-I 框架下，评估体系在保留上述核心指标的同时还需纳入心理灵活性相关概念以验证其独特的作用机制[32]。包括测量个体对负性内在体验的回避倾向、与自动化思维的心理距离以及对睡眠的功能失调性信念等。总之，通过多维评估可更全面地捕捉 ACT-I 对心理灵活性及睡眠相关过程的干预效果和机制。

1.4　CBT-I 与 ACT-I 的比较

在干预范式上，CBT-I 遵循“矫正模型”，关注直接改善睡眠行为与认知，治疗焦点集中于睡眠本身，适合单纯性失眠或对结构化行为指导接受度高的患者[18]。ACT-I 则基于“扩展模型”，以提升心理灵活性为目标，引导患者接纳失眠体验、与灾难化思维解离，并将注意力转向价值生活。治疗更关注整体生活功能与价值实现，尤其适用于对 CBT-I 无反应、伴有高经验性回避或显著情绪痛苦的患者[21]。

症状缓解上，EI Rafihi-Ferreira 等[18]的 RCT 研究对团体 CBT-I 与 ACT-I 进行了直接比较，结果显示：治疗终点时两组症状缓解率略有差异，但 ACT-I 在 6 个月长期随访中表现出延迟改善效应，最终疗效与 CBT-I 趋于相同。且基线失眠严重程度较高、持有消极睡眠信念的患者从 ACT-I 中获益更多，为个性化匹配干预提供了初步依据。

疗效机制上，El Rafihi-Ferreira 等[18]在讨论中系统阐述了以下观点：CBT-I（尤其是其行为组件睡眠限制和刺激控制）直接作用于夜间症状，针对睡眠本身和信念内容进行干预，从而在短期内产生更快的症状改善。ACT-I 在 6 个月随访中持续改善的现象（反应率从 37%升至 48%，缓解率从 19%升至 27%）支持了这一解释。尽管研究证实 ACT-I 在改善失眠严重程度、睡眠质量及相关情绪认知指标方面具有短期至中期疗效，且 6 个月随访显示疗效可维持，但目前≥12 个月的长期随访数据仍十分有限。现有 RCT 多以 6 个月为随访终点，尚未形成成熟、经同行评议的长期疗效证据。EI Rafihi-Ferreira 等[18]的研究观察至 6 个月时疗效维持，但未报告更长时间的随访结果。明确哪些患者更适合 ACT-I 是实现精准干预的关键。Linares 等[33]对 152 例失眠患者（ACT-I 组 76 例，CBT-I 组 76 例）的预测因素分析显示：接受 CBT-I 使治疗后反应的概率是 ACT-I 的 2.70 倍；此外，治疗前失眠严重程度和功能障碍性睡眠信念每增加 1 分，治疗后反应概率分别增加 1.15 倍和 1.02 倍[34]。上述发现提示，基线失眠更严重、功能障碍性睡眠信念更强的患者从 CBT-I 中获益更多，这可能因为 CBT-I 的行为技术（睡眠限制、刺激控制）和认知重构直接针对核心症状与信念，因此起效更快。然而，ACT-I 的“延迟改善效应”提示其适用人群有所不同。虽然 ACT-I 在治疗结束时的反应率低于 CBT-I（37% vs 53%），但至 6 个月随访时两者已无显著差异（48% vs 52%），说明 ACT-I 对部分患者的疗效需要更长时间才能充分显现。因此，伴有高心理僵化、经验性回避明显或对睡眠相关认知融合程度较高的患者可能更适合 ACT-I——这类患者的核心问题不在于睡眠信念的具体内容，而在于与这些信念的“关系”（如过度依附、僵化反应），而 ACT-I 的接纳、认知解离与价值澄清过程恰好靶向这一机制。此外，对 CBT-I 行为技术（如睡眠限制、刺激控制）依从困难或不耐受的患者，ACT-I 作为不含这些技术的纯心理灵活性干预，可能提供更易接受的替代选择。综上，未来失眠心理治疗的发展趋势应从“哪种疗法更优”转向“哪类患者更适合哪种疗法”，通过精准匹配患者特征与治疗机制，实现个体化的最优疗效，可进一步探索 ACT-I 特异性获益的预测指标（如心理灵活性、经验性回避、价值一致性等），以建立更精准的分层治疗策略。

值得注意的是，ACT 与 CBT-I 并非简单的替代关系，两者可相互补充与整合，ACT 元素与 CBT-I 的非睡眠限制成分可能不同但同样有效，两者联合有望同时改善夜间症状和日间功能。Hertenstein 等[35]采用 ACT 联合睡眠限制的方案，将 ACT 的核心过程（接纳、认知解离、价值澄清）与 CBT-I 中最具疗效的行为技术相结合。结果显示，联合方案在改善失眠严重程度和睡眠相关生活质量方面与标准 CBT-I 疗效相当，且在主观治疗满意度（精力改善、工作效率、应对压力、情绪改善）上显著优于 CBT-I。因此，未来研究应关注哪类患者更适合哪种疗法、怎样组合优化更好，可进一步探索 ACT-I 与 CBT-I 的最优整合模式，如将 ACT 的价值澄清

与承诺行动作为行为技术(睡眠限制、刺激控制)的前奏以提升患者动机与依从性,或将接纳与认知解离作为行为技术实施过程中的辅助,以缓冲短期不适感[35]。整合干预模式有望为不同治疗偏好和依从性特征的患者提供更灵活、更个体化的选择,而非简单的"二选一"或"一加一",实现更大效果的精准化治疗。

2　ACT-I 临床实践的循证研究进展

2.1　ACT-I 对失眠症状的疗效

近年来支持 ACT-I 在失眠方面疗效的实证研究不断积累。多项 RCT 和系统综述显示,无论是面对面团体、个体治疗,还是互联网数字化干预,ACT-I 均能显著降低失眠严重程度指数(ISI)和匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分,并改善主观睡眠质量[11,22]。Zakiei 等[23]将 35 名失眠患者随机分配至 8 周 ACT-I 团体干预组(每周 60~70 min)或对照组,结果显示 ACT-I 组在 PSQI 总分从基线 15.76 分降至随访 4.06 分,改善幅度显著;同时经验性回避(EAQ)从 52.53 分降至 22.29 分,表明患者对负性内在体验的回避显著减少。对睡眠日志的分析结果显示,上述改善集中出现在治疗前 3 周,且维持至 12 周。进一步的关联分析表明,经验性回避的改善与 PSQI 评分的降低、功能障碍性睡眠信念的减少均显著相关,提示 ACT-I 的作用机制不仅限于直接改善睡眠指标,还可通过减少对负性体验的回避、提升接纳能力来间接改善睡眠及相关认知-情绪过程。但也有研究提出不同意见,Paulos-Guarnieri 等[34]在一项纳入 11 项研究(含 6 项 RCT)的系统综述中指出,当前 ACT-I 的证据基础仍处于早期累积阶段。作者认为,现有研究在样本量、干预形式及核心成分上存在高度异质性(纳入研究干预组中位样本量仅 28 人,干预时长 4~14 周不等),且多数研究缺乏对 ACT 核心过程(如接纳、解离、价值)的析因分析,难以明确究竟是哪个具体过程在发挥主导作用。此外,尽管多数研究报告了 3~6 个月随访的疗效维持,但超过 12 个月的长期疗效数据仍极为匮乏,ACT-I 的长期稳固性尚需进一步验证。

2.2　ACT-I 对共病情绪症状和躯体症状的疗效

在改善共病情绪症状方面,ACT 表现出独特优势。针对癌症患者的 Meta 分析[13]结果支持 ACT 干预可显著提升心理灵活性,并同步减轻焦虑、提高生活质量,也有研究支持 ACT 可显著降低慢性疼痛患者的抑郁水平,但对焦虑的改善并未达到统计差异[12]。此外,团体 ACT 干预能够有效降低双相情感障碍患者的汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及杨氏躁狂量表(YMRS)评分,同时提升心理弹性和社会功能[13]。针对青少年群体 ACT 同样显示出良好疗效[36]。例如,对休学的青少年进行 6 周 ACT 干预可显著降低抑郁(PHQ-9)和焦虑(GAD-7)评分,且可提高短期复学率,相较于仅接受心理教育的对照组更为有效[37]。在抑郁症青少年中进行 8 周 ACT 干预联合药物治疗较单纯药物治疗更能缓解抑郁情绪(SDS)、降低自杀意念(SIOSS),并改善睡眠指标[38]。研究结果支持团体 ACT 干预能够显著降低青少年抑郁症状(SDS)、提升自尊(SES)和自我效能感(GSES),为 ACT 改善青少年情绪及自我概念提供了实证支持。现有研究进一步表明,团体 ACT 干预能够显著降低青少年抑郁、焦虑及自杀意念,同时提升自尊和自我效能感[36-38]。虽然这些研究的样本量有限,但为 ACT-I 在中国青少年及伴复杂心理症状群体的可行性和初步疗效提供了循证依据,也凸显了未来需要开展多中心、大样本、高质量 RCT 以及长期随访验证的必要性。ACT-I 不仅能减轻失眠症状,还能同时降低抑郁(PHQ-9)和焦虑(GAD-7)评分[24]。支持 ACT-I 不仅适用于失眠障碍,也具有一定的跨诊断情绪调节干预潜力,支持心理灵活性作为 ACT-I 跨诊断有效路径的观点,即无论引起痛苦的具体问题是什么,提升心理灵活性均有助于缓解共病情绪症状。但目前实证依据不足,有待今后进一步研究。

2.3　现有证据质量的系统评价

综合而言,ACT-I 现可作为失眠的补充或替代干预选项,但尚未达到"充分确立"的治疗标准,仍需更大样本、更长随访的严格 RCT 加以巩固[34]。未来研究应采用多维心理灵活性量表(MPFI)或 CompACT 等工具精确区分各子过程的独特贡献。Hofmann 等[39]指出,治疗机制研究正从线性中介转向动态网络分析。借助心理病理学网络理论与纵向网络分析方法[26],可将失眠严重程度、经验性回避、认知融合、情绪症状视为相互连接的"节点",通过高密度纵向数据追踪动态演化,识别不同患者的核心问题节点,为精准干预提供科学依据[28,39]。

3　中国本土化探索研究的现状与应对策略

3.1　本土化探索：文化适配性挑战及应对策略

“接纳”概念的本土诠释。中国传统文化强调“克己”“忍耐”，容易与 ACT 的“接纳”混淆为“被动忍受”。在临床应用中需明确区分：接纳≠认同/屈服，而是有意识地不与体验对抗。可使用如“放下执着”等表述替代“接纳”，提高患者对概念的理解和接受度[20]。可通过案例讨论、比喻或日常生活情境引导患者理解“接纳”的主动性和心理灵活性，例如将夜间失眠体验比作“流水经过而不抓住”，帮助患者减少对症状的无效斗争。

“价值”概念的本土化。结合儒家“修身齐家”理念和积极心理学“意义感”，将价值澄清锚定于家庭责任、职业发展、社会贡献等具体领域。可设计量表或引导问卷，帮助患者将个人长期目标与具体日常行为联系起来，如学业规划、家庭互动和社会服务，提升价值行动的可操作性。过去 10 余年，中国 ACT-I 研究经历了理论引介、工具汉化和初步临床探索的阶段[40-41]。关倩琳在郑州大学研发的 ACT-I 手册中，将抽象价值词替换为“家庭和谐”“学业坚持”，结果显示患者对价值澄清的理解度提升约 40%，为本土化实践提供可操作参考[42]。国内学者还将 ACT 核心过程与失眠经典“3P”模型结合，提出“联合 CBT-I 的接纳承诺疗法干预模式”，为结构化方案设计提供模板[21]。此外，ACT 的本土化研究目前已经进入针对青少年和复杂临床问题的创新应用阶段，如停学拒学、共病抑郁、自杀意念、心境障碍伴非自杀性自伤行为（NSSI）[23,37-38]。Zakiei 等[23]发现，ACT 干预失眠后疗效可维持至 12 周随访。但 Paulos-Guarnieri 等[34]指出，当前 ACT-I 研究仍存在样本量小、干预异质性高及长期随访不足等局限。

然而，目前中国高质量 RCT 证据尚有限，仅 3 项小样本研究[36-38]，需开展多中心、大样本、长期随访的 RCT 和标准化操作手册。未来本土化研究可重点深入探索 ACT-I 在中国文化背景下的机制，特别是“接纳”“价值”等概念的文化适应性；可开发适用于中国医疗场景的数字化干预产品；可开展高质量多中心的 RCT。

3.2　数字化 ACT-I 的兴起、挑战及应对策略

随着信息技术发展，基于互联网和移动健康的数字化 ACT-I（Digital ACT-I，D-ACT-I）迅速发展，为 ACT-I 的广泛应用提供了新的可能。其优势包括可及性、匿名性和成本效益[42]。结合人工智能进行用户分层与个性化推送，将有助于提升干预的可及性、依从性和效果[43]。

数字化形式包括结构化网络课程、交互式 APP（如正念音频、认知解离练习、价值澄清工具），以及辅以治疗师指导的混合模式。研究显示，非面对面干预的疗效与面对面干预基本一致，但可明显节约时间与成本，尤其适用于行动不便或资源受限的人群[5,22]。但在中国临床和应用场景中仍面临很多现实挑战，比如：1）政策与监管壁垒。医疗 APP 需要符合《互联网诊疗监管细则》认证，涉及数据安全、隐私保护和医疗责任，导致上线周期长，限制快速迭代和推广[43]。2）数字鸿沟。老年群体及低数字素养患者在使用智能设备和 APP 方面存在障碍，需要额外培训和指导。不同地区互联网普及率差异明显，偏远地区患者获取数字化干预的便利性有限。3）数据与个性化限制。个体化推送和精准干预依赖高质量结构化数据，而国内临床电子病历和患者行为数据大多非结构化，限制了算法优化和内容推荐。数据标准化和互操作性不足、跨平台数据整合困难等进一步影响了干预的连续性和长期随访[42]。

应对策略上，可优先开发微信小程序轻量版，便于低门槛接入、跨终端使用；在小程序中增加简易操作指南、视频教程和家属辅助功能；分阶段收集用户行为数据并逐步优化个性化推送，同时确保符合数据隐私与监管要求；探索与智能穿戴设备结合，实现客观睡眠指标监测，为个性化干预提供数据支持；建立多中心协作网络，形成统一数据标准和临床实践规范，提升 D-ACT-I 推广和效果评估能力；结合人工智能进行用户分层和个性化内容推送，将成为数字化干预的重要发展方向[40,44]。

4　总结与未来展望

ACT-I 为失眠障碍的心理干预提供了理论深度和实践价值兼具的新范式。循证研究结果支持 ACT-I 能够有效改善失眠症状、缓解伴发的情绪问题和躯体不适等，其疗效主要通过增强心理灵活性实现。实际应用中，CBT-I 与 ACT-I 联合、相互补充，尤其适用于临床症状复杂、存在高心理僵化或情绪痛苦的患者[17]。但 ACT-I 的本土化应用仍处于早期阶段。未来研究需关注 ACT-I 操作手册在

中国的系统验证和统一化，并探索其核心概念如“接纳”“价值”在不同文化背景下的适应性。目前多数研究随访时间不超过 6 个月，D-ACT-I 与面对面干预的比较证据缺乏。因此，未来需开展大样本、多中心、长期随访或 RCT 研究，以进一步验证 ACT-I 的长期疗效及其作用机制，可整合主观与客观评估指标，如体动记录仪等，以提高证据等级[4,36,45]。网络分析等新方法有助于进一步揭示 ACT-I 的作用机制，识别关键症状节点与治疗撬动点，为精准干预提供科学依据[39]。

综上所述，失眠不仅影响夜间睡眠，更关系到日间功能和整体健康水平。ACT-I 通过关注心理灵活性与价值生活，为失眠患者提供了一条从“与症状斗争”到“与价值同行”的干预路径。随着理论研究不断深化与临床实践持续积累，尤其将 ACT-I 本土化、与 CBT-I 优化整合以及数字化等探索，可为个体提供更精准的个性化干预方案，不断完善治疗体系，促进整体健康。

利益冲突：所有作者均申明不存在利益冲突。

参考文献：

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013: 361-389.

[2] 中国睡眠研究会. 2026 年中国睡眠健康研究白皮书[R]. 北京：中国睡眠研究会，2026.

[3] 中华医学会神经病学分会，中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠伴抑郁焦虑诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志，2020，53(8)：564-574. DOI：10. 3760/cma. j. cn113694-20190701-00398.

[4] 李旭，史高岩，顾香，等. 济南市信访工作者睡眠质量与心理健康的关系[J]. 济宁医学院学报，2024，47(2)：138-141. DOI：10. 3969/j. issn. 1000-9760. 2024. 02. 012.

[5] 卢海珍，李浩宇，梁珊，等. 接纳与承诺疗法对睡眠障碍病人的干预现状[J]. 循证护理，2023，9(12)：2170-2173. DOI：10. 12102/j. issn. 2095-8668. 2023. 12. 013.

[6] Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The european insomnia guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023[J]. J Sleep Res, 2023, 32(6): e14035. DOI: 10. 1111/jsr. 14035.

[7] Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, et al. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians[J]. Ann Intern Med, 2016, 165(2): 125-133. DOI: 10. 7326/M15-2175.

[8] Smith MT, Perlis ML. Who is a candidate for cognitive-behavioral therapy for insomnia? [J]. Health Psychol, 2006, 25(1): 15-19. DOI: 10. 1037/0278-6133. 25. 1. 15.

[9] Hayes SC, Hofmann SG. “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry[J]. World Psychiatry, 2021, 20(3): 363-375. DOI: 10. 1002/wps. 20884.

[10] Dalrymple KL, Fiorentino L, Politi MC, et al. Incorporating principles from acceptance and commitment therapy into cognitive-behavioral therapy for insomnia: a case example[J]. J Contemp Psychother, 2010, 40(4): 209-217. DOI: 10. 1007/s10879-010-9145-1.

[11] Ong JC, Ulmer CS, Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia[J]. Behav Res Ther, 2012, 50(11): 651-660. DOI: 10. 1016/j. brat. 2012. 08. 001.

[12] 费丁家，崔艳秋，沈梦萱，等. 接纳承诺疗法治疗慢性疼痛的随机对照试验 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志，2020，34(8)：643-649. DOI：10. 3969/j. issn. 1000-6729. 2020. 8. 002.

[13] 孟娜娜，管志恒，王飞龙，等. 团体接纳与承诺疗法对双相情感障碍患者情绪心理弹性及生活质量的影响[J]. 山西医药杂志，2025，54(11)：876-879. DOI：10. 3969/j. issn. 0253-9926. 2025. 11. 018.

[14] Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004)[J]. Sleep, 2006, 29(11): 1398-1414. DOI: 10. 1093/sleep/29. 11. 1398.

[15] Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment[J]. Psychiatr Clin North Am, 1987, 10(4): 541-553.

[16] Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis[J]. Ann Intern Med, 2015, 163(3): 191-204. DOI: 10. 7326/M14-2841.

[17] van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, et al. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis[J]. Sleep Med Rev, 2018, 38: 3-16. DOI: 10. 1016/j. smrv. 2017. 02. 001.

[18] El Rafihi-Ferreira R, Hasan R, Toscanini AC, et al. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled trial[J]. J Consult Clin Psychol, 2024, 92(6): 330-343. DOI: 10. 1037/ccp0000881.

[19] Barnes-Holmes Y, Hayes SC, Barnes-Holmes D, et al. Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition[J]. Adv Child Dev Behav, 2001, 28: 101-138. DOI: 10. 1016/s0065-2407(02)80063-5.

[20] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change[M]. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011: 1-402.

[21] 何厚建，胡茂荣，唐金香，等. 接纳承诺疗法在失眠中的应用综述[J]. 国际精神病学杂志，2022，49(5)：769-772，787. DOI：10. 13479/j. cnki. jip. 2022. 05. 049.

[22] Lappalainen P, Langrial S, Oinas-Kukkonen H, et al. ACT for sleep-internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: a randomized controlled trial[J]. J Contextual Behav Sci, 2019, 12: 119-127. DOI: 10. 1016/j. jcbs. 2019. 01. 001.

[23] Zakiei A, Khazaie H, Rstampur M, et al. Acceptance and commit-

ment therapy (ACT) improves sleep quality, experiential avoidance, and emotion regulation in individuals with insomnia-results from a randomized interventional study[J]. Life (Basel), 2021, 11(2): 133. DOI: 10.3390/life11020133.

[24] Hämäläinen T, Lappalainen P, Langrial SU, et al. Mechanisms of change in an online acceptance and commitment therapy intervention for insomnia[J]. Sci Rep, 2025, 15(1): 2868. DOI: 10.1038/s41598-025-87018-3.

[25] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2): 193-213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.

[26] Sadeh A. The role and validity of actigraphy in sleep medicine: an update[J]. Sleep Med Rev, 2011, 15(4): 259-267. DOI: 10.1016/j.smrv.2010.10.001.

[27] Scott H, Lack L, Lovato N. A systematic review of the accuracy of sleep wearable devices for estimating sleep onset[J]. Sleep Med Rev, 2020, 49: 101227. DOI: 10.1016/j.smrv.2019.101227.

[28] Morin CM, Belleville G, Bélanger L, et al. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response[J]. Sleep, 2011, 34(5): 601-608. DOI: 10.1093/sleep/34.5.601.

[29] Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, et al. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring[J]. Sleep, 2012, 35(2): 287-302. DOI: 10.5665/sleep.1642.

[30] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure[J]. J Gen Intern Med, 2001, 16(9): 606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

[31] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(10): 1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

[32] Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-Ⅱ: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance[J]. Behav Ther, 2011, 42(4): 676-688. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007.

[33] Linares IMP, Jernelöv S, El Rafihi-Ferreira R. Cognitive and psychological factors associated with treatment response in ACT-I and CBT-I for insomnia[J]. J Sleep Res, 2025, 34(6): e14473. DOI: 10.1111/jsr.14473.

[34] Paulos-Guarnieri L, Linares IMP, Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of ACT-based interventions for insomnia: a systematic review of randomized and non-randomized trials[J]. J Contextual Behav Sci, 2022, 23: 1-14. DOI: 10.1016/j.jcbs.2021.11.001.

[35] Hertenstein E, Trinca E, Schneider CL, et al. Acceptance and commitment therapy, combined with bedtime restriction, versus cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled pilot trial[J]. Psychother Psychosom, 2024, 93(2): 114-128. DOI: 10.1159/000535834.

[36] 李萍,周丽君,唐秋菊,等. 接纳与承诺疗法对伴非自杀性自伤行为青少年抑郁症的干预效果[J]. 中国现代医生,2025,63(13): 15-18. DOI: 10.3969/j.issn.1673-9701.2025.13.004.

[37] 张演善,陈芝芳,郑珂,等. 接纳承诺疗法改善停学青少年抑郁和焦虑症状、心理灵活性及复学率的效果[J]. 四川精神卫生,2025,38(3): 198-203. DOI: 10.11886/scjsws20241218001.

[38] 杨涵单,乔雯,何姝,等. 接纳承诺疗法联合舍曲林对抑郁症青少年抑郁情绪、自杀意念及睡眠质量的影响研究[J]. 中国全科医学,2025,28(22): 2813-2818. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0546.

[39] Hofmann SG, Curtiss JE, Hayes SC. Beyond linear mediation: toward a dynamic network approach to study treatment processes[J]. Clin Psychol Rev, 2020, 76: 101824. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101824.

[40] 王淑娟,张婧,祝卓宏. 关系框架理论:接纳与承诺治疗的理论基础[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(11): 877-880. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2012.11.013.

[41] 张婧,王淑娟,祝卓宏. 接纳与承诺疗法的心理病理模型和治疗模式[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(5): 377-381. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2012.05.013.

[42] 关倩琳. 基于接纳承诺疗法的慢性失眠患者心理干预方案的构建及网络化应用研究[D]. 郑州:郑州大学,2025.

[43] Bashingwa JJH, Mohan D, Chamberlain S, et al. Can we design the next generation of digital health communication programs by leveraging the power of artificial intelligence to segment target audiences, bolster impact and deliver differentiated services? A machine learning analysis of survey data from rural India[J]. BMJ Open, 2023, 13(3): e063354. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-063354.

[44] Larsson AC, Jernelöv S, Kaldo V, et al. Conceptualizing acceptance and knowledge as process variables in internet-delivered and therapist-supported cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in primary care for insomnia: pilot feasibility and process-oriented randomized controlled trial[J]. JMIR Form Res, 2026, 10: e81285. DOI: 10.2196/81285.

[45] Wang D, Lin B, Du J, et al. Acceptance and commitment therapy for nurses' sleep, rumination, psychological flexibility, and its neural mechanism: a randomized controlled fNIRS study[J]. Int J Clin Health Psychol, 2025, 25(1): 100543. DOI: 10.1016/j.ijchp.2025.100543.

(收稿日期　2026-05-19)

(本文编辑:石俊强)