

Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia

Laura Grigoletti¹

¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Centro OMS, Ospedale Policlinico "G.B. Rossi"

Riassunto

L'insonnia consiste nel provare un sonno inadeguato, insufficiente o non ristoratore, nonostante si trascorra molto tempo a letto. Pur essendo il disturbo del sonno più comune, è assolutamente poco riconosciuto e sottotrattato. Sebbene non siano ancora ben chiare le cause dell'insonnia primaria, ci sono sufficienti prove che dimostrano come fattori cognitivi e comportamentali siano determinanti nel mantenimento del disturbo. La terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia (TCC-I) è riconosciuta come il trattamento di prima scelta per l'insonnia primaria cronica, e può essere applicata da sola o in associazione ai farmaci ipnotici, permettendo inoltre di ridurne l'uso. Si è visto anche che permette di migliorare il sonno in quei pazienti che soffrono di insonnia primaria in comorbidità con altre patologie mediche o psichiatriche. La TCC-I comprende tre moduli, uno di psico-educazione, uno cognitivo ed uno comportamentale, ciascuno composto da un protocollo strutturato ed una serie di procedure standardizzate. Le ricerche mostrano che questa terapia è efficace per circa il 70% dei pazienti, permettendo di ottenere una sensazione di controllo sul proprio sonno. I miglioramenti nel sonno sono conservati per lungo tempo dopo la fine del trattamento, riducendo il rischio di ricadute.

Summary

Insomnia is the experience of inadequate, insufficient or non restorative sleep despite ample time in bed. Although it is the most frequent sleep disturbance, is an under-recognized and under-treated problem. Even if the underlying pathophysiology of primary insomnia remains poorly understood, there are evidence that cognitive and behavioural factors are determinant in the maintenance of this disorder. The cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I) is recognized as the first line treatment for chronic primary insomnia. It can be used as monotherapy or to augment hypnotic drugs, and it can help to reduce sleep medication use. Furthermore patients with chronic insomnia in comorbidity with other medical or psychiatric disorders exhibit significant improvement in sleep when treated with this therapy. CBT-I includes an educational, a cognitive and a behavioural module, each one composed by a well defined set of procedures and instructions. The evidence shows that this therapy is effective for about 70% of patients, and that enables to regain a feeling of control over sleep. Sleep improvements are well sustained after treatment completion, reducing the risk of relapses.

Introduzione

La maggior parte delle persone ha avuto modo di provare, nel corso della propria vita, cosa significhi trascorrere una o più notti senza dormire, e questo accade perché il sonno è legato a processi fisiologici e psicologici estremamente sensibili e delicati, che possono venire influenzati da numerosissimi fattori. Tra questi vi sono l'alimentazione, l'alcool, l'ambiente, lo stress legato al lavoro, le preoccupazioni per la

giornata successiva, l'esercizio fisico, le abitudini, lo stato emotivo e così via. Anche la qualità del sonno è strettamente connessa agli eventi della vita quotidiana: ad esempio una grande gioia o un grande dolore possono rendere il sonno molto leggero e frammentato, e a volte anche eventi che riteniamo non averci particolarmente colpiti possono invece arrivare a disturbare il sonno.

Inoltre spesso le persone, invece di andare ad indagare ed affrontare i motivi che hanno causato questo problema, si preoccupano piuttosto del fatto che non dormono bene: capita frequentemente che un'insonnia occasionale, legata a cause contingenti, continui e si cronicizzi anche quando i motivi scatenanti sono scomparsi.

Nonostante i problemi legati al sonno siano comuni ed ampiamente diffusi nella popolazione generale, l'insonnia è un problema relativamente poco studiato, sottovalutato e sottotrattato (Terzano et al. 2006; Morin et al. 2006).

A.	L'alterazione prevalente è la difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, o il sonno non ristoratore, per almeno 1 mese.
B.	L'alterazione del sonno (o l'affaticabilità diurna associata) causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.
C.	L'alterazione del sonno non si verifica esclusivamente durante il decorso di Narcolessia, Disturbo del Sonno Correlato alla Respirazione, Disturbo del Ritmo Circadiano del Sonno o di una Parasonnia.
D.	L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale (per es., Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo d'Ansia Generalizzato, un delirium).
E.	L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiopatologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco)

Tabella 1. Criteri diagnostici per l'insonnia primaria secondo il DSM IV- R

Soffrire di insonnia significa provare un sonno inadeguato, insufficiente, di scarsa qualità, nonostante si passi molto tempo a letto, descritto da uno o più dei seguenti sintomi: difficoltà ad iniziare o mantenere il sonno, risveglio precoce mattutino e sonno poco ristoratore. Oltre ai sintomi notturni, definiti indicatori dell'insonnia, sono spesso presenti anche disturbi diurni quali astenia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione, irritabilità. Questi disturbi possono avere importanti effetti negativi sulla salute e sulla qualità della vita. Se sono presenti soltanto i sintomi notturni l'insonnia viene definita "insonnia di primo livello", mentre se questi sono accompagnati da manifestazioni diurne la si descrive come "insonnia di secondo livello". Nella tabella sono riportati i criteri diagnostici secondo la classificazione del DSM IV.

Prevalenza e incidenza

L'insonnia è il disturbo del sonno più comune, ma nonostante questo la sua epidemiologia non è stata studiata in modo approfondito, soprattutto perché spesso le persone che soffrono di disturbi del sonno non si ritengono affetti da insonnia e non si rivolgono a nessuno per ottenere un trattamento.

Dai dati disponibili in letteratura si rileva che la prevalenza dell'insonnia, diversamente definita nei vari studi, negli Stati Uniti è stimata intorno al 33%, con il 9% delle persone che presenta regolari difficoltà di sonno; in Francia circa il 29% della popolazione lamenta difficoltà di sonno almeno tre volte la settimana per un mese e in Finlandia il numero sale al 37.6%. Nei Paesi asiatici la prevalenza è del 17% nella Corea del Sud e del 24% in Giappone (Wang et al. 2005), in Canada si va da un 29% della popolazione che riporta sintomi di insonnia ad un 10-13% che incontra i criteri per la sindrome da insonnia (Tjepkema 2005; Morin et al. 2006).

In Italia, tra il 2000 ed il 2003, sono stati condotti dall'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS) gli studi osservazionali Morfeo 1 e Morfeo 2 (Terzano et al. 2004a e b; Terzano et al. 2005; Terzano et al. 2006). La popolazione oggetto di studio riguardava i pazienti che si rivolgono ai medici di base, in quanto gli autori hanno stimato che analizzare questo campione fosse il metodo migliore per ottenere dati epidemiologici il più possibile esatti, idea confermata anche da altri studiosi (Morin et al. 2006). I risultati riportano un'incidenza dell'insonnia del 41%, suddivisa per pazienti che soffrono di insonnia di secondo livello, associata a disturbi diurni (incidenza pari al 44%), e pazienti con insonnia di primo livello, che, secondo la definizione degli autori, andrebbe sempre trattata (incidenza pari al 20%). Emerge come i sintomi dell'insonnia siano spesso persistenti per più di un anno, ricorrano più di una volta a settimana, e siano accompagnati da conseguenze diurne.

I dati epidemiologici suggeriscono che l'insonnia, non complicata da comorbidità con altri disturbi psichiatrici, medici, o con abuso di alcool, aumenta in modo sostanziale i costi e l'utilizzazione dei Servizi Sanitari, ed è responsabile di 3,5 giorni al mese di disabilità nelle persone che ne soffrono. Contribuisce inoltre a ridurre la produttività, favorisce gli incidenti sul lavoro e aumenta il consumo di alcool, le cadute tra gli anziani e un senso generale di essere in cattive condizioni di salute (Edinger & Means 2005; Morin 2007).

Per questi motivi un trattamento efficace dell'insonnia comporta riduzioni dei costi economici e sociali, oltre al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Valutazione dell'insonnia

Il disagio riferito dai pazienti in caso di insonnia primaria spesso non è in relazione con la perdita effettiva di sonno. La quantità di sonno perso è solitamente inferiore a quello che invece perdono persone affette da altre patologie, quali le apnee da sonno o sindromi dolorose croniche, ad esempio. Queste persone spesso presentano frammentazione del sonno e risvegli frequenti, seguiti da sonnolenza diurna. Le conseguenze della deprivazione prolungata da sonno possono essere importanti sia per la qualità della vita che per le prestazioni cognitive. Nell'insonnia primaria, piuttosto che parlare di sonnolenza diurna si deve però parlare di stanchezza. Le persone che soffrono di insonnia infatti non sono in grado di dormire nemmeno durante il giorno, ma non sembrano, come si diceva in precedenza, soffrire di particolari deficit

nelle prestazioni. Nonostante questo, l'impatto che i problemi legati al sonno possono avere sul benessere psicologico e sulla qualità della vita è molto alto. Non sono state invece trovate relazioni causali significative tra insonnia e problemi legati alla salute fisica, nonostante i pazienti spesso siano preoccupati che il loro sonno disturbato possa portare a sviluppare malattie.

Per un'adeguata valutazione del problema è necessario effettuare un'anamnesi approfondita, sotto forma di intervista. Morin e Espie (Morin & Espie 2004) propongono uno schema che può guidare il clinico nell'indagare i vari aspetti che permettono di capire a che tipo di disturbo ci troviamo di fronte. Le principali aree relative al sonno da indagare sono:

- come si svolge una notte-tipo
- il giudizio sulla qualità
- le conseguenze diurne
- come si è sviluppato il disturbo
- l'anamnesi remota, come dormiva in precedenza il paziente
- lo stato di salute generale e l'anamnesi medica
- l'anamnesi dello stato psicologico.

Oltre a queste aree, per effettuare una diagnosi differenziale, è bene indagare anche se vi siano:

- disturbi della respirazione correlati al sonno
- movimenti periodici degli arti durante il sonno o sindrome delle gambe senza riposo
- disturbi del ritmo circadiano
- parasonnie
- narcolessia.

Infine è bene indagare se il paziente stia assumendo o abbia assunto in passato dei farmaci per dormire e sapere quali siano le eventuali strategie che il paziente ha già tentato in passato, per quanto tempo e quali siano stati i risultati.

Alcune scale che permettono di effettuare un'assessment dell'insonnia sono:

- il *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Buysse et al. 1989);
- un'intervista strutturata proposta da Spielman e Anderson (Spielman & Anderson 1999) sulla base delle categorie dell'*International Classification of Sleep Disorders* (ICSD);
- l'*Insomnia Interview Schedule* (Morin 1993).

Oltre all'anamnesi, che fornisce una visione retrospettiva del disturbo, è importante l'utilizzo del Diario del Sonno, introdotto da Bootzin e Engle-Friedman (Bootzin & Engle-Friedman 1981), che permette di avere informazioni sul sonno del paziente, registrate dal paziente stesso per diverse settimane. Le informazioni raccolte riguardano l'orario in cui il paziente si sveglia, si alza e si corica, la latenza di addormentamento (*Sleep Onset Latency SOL*), la frequenza e la durata totale dei risvegli dopo

l'addormentamento (*Wake-time After Sleep-Onset* WASO) e il periodo totale di sonno (*Total Sleep Time* TST). Secondo Morin e Espie (Morin & Espie 2004) il diario del sonno è uno strumento fondamentale e abbastanza affidabile, in quanto nonostante ci possano essere degli errori di valutazione, questi in genere sono costanti, il diario fornisce una stima del problema del sonno così come è vissuto dal paziente, e può essere utilizzato per tutta la durata dell'intervento, permettendo di registrare i cambiamenti che avvengono grazie al trattamento. L'uso costante di un diario del sonno per alcune settimane permette una sensibile riduzione di queste distorsioni e consente all'interessato una valutazione più consapevole ed appropriata del problema. Un possibile modello di diario del sonno è riportato in Appendice.

Per valutare l'impatto che il disturbo ha sulla vita del paziente si può utilizzare l'*Insomnia Severity Index* (ISI) (Bastien et al. 2001), che fornisce una misura di quanto l'insonnia influisca sull'efficienza diurna, quanto questo sia evidente agli altri, e quale sia il livello di distress e di soddisfazione globale per il proprio sonno.

La collaborazione di un osservatore esterno, come il partner o un familiare, può essere utile non tanto per verificare l'attendibilità dei dati ricavati dall'automonitoraggio, in quanto è probabile che l'osservatore non possa avere presente la durata e la frequenza dei risvegli notturni del paziente, quanto piuttosto per formulare una corretta diagnosi in caso di presenza di disturbi del sonno correlati alla respirazione (*Sleep-related Breathing Disorder*, SBD), o del disturbo da movimenti ripetuti degli arti (*Periodic Limb Movement Disorder*, PLMD); può inoltre fornire importanti informazioni su alterazioni dell'umore ed efficienza diurna del paziente.

Un approfondimento in fase di assessment proposto da Spielman e Glovinsky (Spielman & Glovinsky 1991) prevede una distinzione tra fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento. Tra i fattori predisponenti, che da soli non sono sufficienti a causare un problema di insonnia, rientrano la familiarità per un sonno leggero e disturbato o la tendenza ad una eccessiva preoccupazione per le proprie condizioni psicofisiche, ed una elevata attività metabolica. I fattori scatenanti in genere sono riconducibili a situazioni di stress, conflitti interpersonali e cambiamenti ambientali o professionali, che possono portare a un disturbo transitorio del sonno, il quale però spesso, grazie all'elasticità dei processi omeostatici che proteggono il sonno, sparisce quando questi fattori non sono più presenti. Perché il disturbo si cronicizzi servono dei fattori di mantenimento, che possono essere sia comportamentali che cognitivi ed emotivi.

Diagnosi differenziale dell'insonnia

Una descrizione sintetica delle principali categorie diagnostiche permette di avere un quadro dell'argomento, nel momento in cui sia necessario fare una diagnosi differenziale in fase di assessment. Per avere una descrizione dettagliata e approfondita di tutti i disturbi del sonno è però necessario fare riferimento all'ICSD-R.

- **Insonnia:** per quanto riguarda la definizione di insonnia, riportiamo quanto detto in precedenza: si tratta di una difficoltà persistente per almeno un mese nell'iniziare o mantenere il sonno, con tempi di latenza di addormentamento e risvegli notturni di almeno 30 minuti, o risvegli mattutini precoci, con un tempo totale di sonno inferiore alle 6,5 ore, ed un'efficienza del sonno inferiore a 85%.
- **Normali cambiamenti nel sonno connessi all'invecchiamento:** nelle persone anziane qualità e quantità di sonno si riducono, e vi possono essere alterazioni del ritmo circadiano. Si può pensare a un reale problema di insonnia solo nel caso in cui vi sia un impatto negativo su diversi aspetti della vita del paziente.
- **Disturbo del sonno correlato alla respirazione (*Sleep-related Breathing Disorder, SBD*):** è una difficoltà respiratoria durante il sonno, in particolare apnee ostruttive, sovente legata ad eccessiva sonnolenza diurna.
- **Sindrome delle gambe senza riposo (*Restless Legs Syndrome, RLS*) e disturbo da movimenti periodici degli arti (*Periodic Limb Movement Disorder, PLMD*):** comportano agitazione motoria durante il sonno e in condizioni di rilassamento e movimenti involontari degli arti, sono associate a insonnia eccessiva e a sonnolenza diurna. Si presentano più spesso negli anziani o in persone di mezza età e in gravidanza.
- **Disturbi circadiani:** sono disturbi cronobiologici caratterizzati da desincronizzazione tra orari di sonno e di veglia basati su segnali fisiologici interni e orari di sonno e veglia socialmente condivisi. In questo modo si hanno fasi di sonno ritardate o anticipate al punto da provocare problemi di insonnia e/o di eccessiva sonnolenza. Le persone giovani sono più a rischio di sindrome da fase del sonno ritardata (*Delayed Sleep Phase Syndrome, DSPS*), gli anziani sono invece più a rischio di sindrome da fase del sonno anticipata (*Advanced Sleep Phase Syndrome, ASPS*).
- **Narcolessia:** dal momento che le persone affette da questo disturbo spesso dormono poco di notte, può essere confuso con l'insonnia. L'esordio però in questo caso dovrebbe essere intorno ai 15-25 anni, con episodi irresistibili di sonno ed eccessiva sonnolenza diurna, con disturbi notturni che si aggravano con il passare degli anni. Si associa a volte a cataplessia (perdita di tono muscolare scatenata dalle emozioni), allucinazioni ipnagogiche e paralisi da sonno.
- **Parasonnie:** sono comportamenti anomali durante il sonno NREM (come ad esempio bruxismo o sonnambulismo) e il sonno REM (ad esempio incubi), o nella transizione tra veglia e sonno (ad esempio sonniloquio), o si possono presentare anche come risvegli parziali.
- **Problemi del sonno associati a patologie mediche o psichiatriche:** si tratta in questo caso di insonnia secondaria, che può essere dovuta sia all'effetto diretto che ha la malattia sul sonno, sia al dolore o malessere provocati dalla patologia durante la notte, sia ai farmaci assunti per curare la patologia. Nel caso di disturbi psichiatrici le associazioni principali si hanno con depressione, panico e ansia

generalizzata. Peraltro, insonnia ansia e depressione presentano molti sintomi comuni, come ad esempio sonno disturbato, stanchezza, diminuzione del livello di energia e problemi di concentrazione, e l'insonnia è uno dei sintomi più frequenti anche nel Disturbo Acuto da Stress e nel Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Sanavio 2005). Per distinguerla dal disturbo da ansia generalizzata si deve osservare quale sia il tema di base delle preoccupazioni: se sono principalmente incentrate sulla carenza di sonno – in caso di insonnia primaria – o se invece sono di carattere più generale e più vario. Così mentre nell'insonnia la riduzione delle attività è legata alla stanchezza causata dalla mancanza di sonno, nella depressione questa è legata più alla diminuzione dell'interesse.

- Disturbi estrinseci del sonno, associati a utilizzo di farmaci o alcool: difficoltà a iniziare o mantenere il sonno possono essere legate all'assunzione di farmaci come ad esempio anti-ipertensivi, β -bloccanti, stimolanti del sistema nervoso centrale. L'alcool invece rappresenta una forma molto comune di automedicazione nel caso di insonnia, ma in realtà ha effetti negativi sul riposo notturno e può peggiorare un disturbo del sonno legato alla respirazione.

Per agevolare la diagnosi differenziale può essere utile ricorrere a degli strumenti che permettano la misurazione della sonnolenza diurna, che come si è visto è associata a molti disturbi del sonno, ma meno all'insonnia primaria. L'esame più utilizzato anche nelle ricerche sui disturbi del sonno è il *Multiple Sleep Latency Test* (MSLT) (Carskadon et al. 1986; Rosa & Bonnet 2000), eseguito in un setting di laboratorio, che permette di misurare la rapidità con cui sopravviene il sonno quando ai pazienti viene data la possibilità di fare dei sonnellini pomeridiani. Si può inoltre utilizzare l'*Epworth Sleepiness Scale* (ESS, Johns 1991), che permette di rilevare disturbi del sonno correlati alla respirazione ed eccessiva sonnolenza diurna.

Il trattamento cognitivo-comportamentale per l'insonnia

Vi sono molti processi cognitivi che giocano un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dell'insonnia e sono stati studiati e approfonditi in modo diverso durante gli ultimi 50 anni. Harvey e coll. (Harvey et al. 2005) propongono una sorta di excursus storico che va dagli anni '60 fino alle ricerche più recenti, prendendo in esame le aree indagate nei diversi periodi.

I primi studi, negli anni '60 e '70, si indirizzarono principalmente a mettere in evidenza il ruolo che avevano nei pazienti la preoccupazione e il pensiero insistente di non essere in grado di dormire, e a verificare quanto fossero determinanti le aspettative nell'esperire i sintomi dell'insonnia. Anche la percezione del proprio sonno è stata oggetto di studio a partire dagli anni '70, permettendo di evidenziare come i pazienti spesso sovrastimino il tempo di latenza necessario per dormire, e sottostimino il tempo totale passato dormendo. Questo in alcuni casi si può tradurre in un disturbo diverso, la percezione alterata dello stato di sonno, ovvero quelle situazioni in cui si percepisce una difficoltà relativamente al sonno o a

una sonnolenza eccessiva senza che questo sia supportato da prove oggettive di un disturbo del sonno. Questo problema, sommato al fatto che i pazienti con insonnia spesso confondono il sonno con la veglia, e quindi non si rendono conto di quanto dormono, suggerisce che la percezione distorta del sonno può essere uno dei processi cognitivi fondamentali nel disturbo di insonnia. Studi anche recenti hanno confermato l'importanza della percezione soggettiva di come sia trascorsa la notte, nel mantenimento del disturbo.

Negli anni '80, lo studio di Lichstein e Rosenthal (Lichstein & Rosenthal 1980) sui pensieri intrusivi ha indirizzato molti degli studi successivi ad indagare proprio questa relazione e la correlazione tra l'attivazione cognitiva e la misurazione del sonno, e a vedere l'insonnia come il risultato dell'incapacità di interrompere pensieri ed immagini emotivamente molto carichi nel momento di andare a dormire. Dal momento che gli studi basati su resoconti personali sono poco affidabili, sono stati anche fatti studi sperimentali su questo tema, che hanno confermato l'importanza delle preoccupazioni e dell'incapacità di distrarsi nelle persone che non riescono a dormire (Haynes et al. 1981; Gross & Borkovec 1982).

Negli anni '90 si sono avuti due importanti contributi in questo settore: Bootzin, Kihlstrom e Schacter (Bootzin et al. 1990) pubblicarono "Sleep and Cognition", un libro che mise in primo piano l'importanza dei pensieri nei disturbi del sonno, mentre Morin (1993) condusse delle ricerche che evidenziarono l'importanza delle credenze errate nel mantenimento dell'insonnia. Gli importanti sviluppi conseguenti a questi contributi furono: che la TCC-I iniziò ad includere una parte mirata a contrastare le credenze erronee sul disturbo; che in molti modelli che spiegano l'insonnia viene adesso dato un ruolo importante a queste credenze nello sviluppo e mantenimento del problema; che la Disfunctional Beliefs about Sleep Scale (DBAS) è diventata lo strumento più usato per identificare le credenze disfunzionali relative al sonno (Morin 1993).

Gli anni '90 hanno anche visto i primi tentativi di riconoscere quale fosse il contenuto dei pensieri intrusivi che impediscono di dormire, identificati in: attività mentale e ripetitiva, pensieri relativi al sonno, preoccupazioni relative alla famiglia e al futuro, progetti positivi e ansia ad essi associata, preoccupazioni somatiche, preoccupazioni relative al lavoro e ad avvenimenti recenti. Questi argomenti sono comunque tuttora studiati, con metodologie più precise, che hanno permesso di vedere come i contenuti si possono far rientrare nelle seguenti categorie: ripetizione di fatti, pianificazione, tentativo di risolvere problemi; il sonno e le sue conseguenze; riflessioni sulla qualità dei propri pensieri; uno stato di attivazione; rumori esterni; esperienze fisiologiche; fattori procedurali e alzarsi dal letto.

Le due aree più studiate in questo momento sono da una parte la complessità di diverse forme di pensiero, e dall'altra la gestione dei pensieri indesiderati.

Per quanto riguarda il primo punto, si è visto che pensare in immagini porta alla risoluzione delle preoccupazioni, mentre avere pensieri in forma verbale porta al mantenimento delle preoccupazioni

(Nelson & Harvey 2002). Sembra inoltre che le persone che soffrono di insonnia credano che preoccuparsi prima di addormentarsi porti a dei risultati positivi (Harvey 2003), e che i pazienti con insonnia tendano a catastrofizzare le conseguenze del loro disturbo (Harvey & Greenall 2003). La ricerca è ora principalmente indirizzata alla distinzione tra preoccupazione, ruminazione e pensieri intrusivi, e alla comprensione della meta-cognizione nei disturbi del sonno.

Parlando invece della gestione dei pensieri indesiderati, dal momento che la maggior parte delle persone insonni percepisce che la causa del problema è il fatto che non riescono a governare la loro mente, è probabile che tentino in qualche modo di fermare, modificare o sopprimere questi pensieri indesiderati, ma che evidentemente questi tentativi siano controproducenti, e favoriscano piuttosto il mantenimento dell'attivazione cognitiva. Attualmente sembra che la tecnica più efficace da mettere in pratica per risolvere questo problema sia quella della distrazione (Harvey & Payne 2002).

Recentemente si è sviluppato un filone di ricerca che mira ad esplorare il ruolo dei processi attentivi, utilizzando come strumenti di indagine da una parte delle prove da svolgere al computer, dall'altra una grande varietà di metodi come il diario o le interviste, per massimizzare la validità ecologica dei risultati. Non vi sono ancora risultati determinanti, ma sembra che gli individui con insonnia tendano a prestare attenzione selettiva a minacce sia interne che esterne al proprio sonno (Semler & Harvey 2004a e b).

Gli studi svolti in tutti questi anni hanno permesso di approfondire le conoscenze sull'insonnia e di verificare quanto gli aspetti cognitivi siano fondamentali nel mantenimento del disturbo. I risultati di tante ricerche, e di quanto fatto nell'ambito della terapia volta a dare una risposta a questi problemi, hanno portato l'American Academy of Sleep Medicine's Practice Parameters ad indicare la TCC-I come il trattamento di prima scelta per l'insonnia primaria (Smith & Perlis 2006).

Come sostiene Morin (Morin & Espie 2004), la TCC si rivolge ai fattori che perpetuano l'insonnia nel tempo, i quali includono una eccessiva quantità di tempo passata a letto, l'abitudine ai sonnellini diurni, ritmi di risveglio e di addormentamento irregolari, preoccupazione eccessiva rispetto alla perdita di sonno, ruminazione sulle conseguenze diurne e ansia da prestazione.

Il primo obiettivo della TCC è di modificare le cattive abitudini legate al sonno. Un altro obiettivo è quello di regolare i ritmi sonno veglia, perché di solito le persone con insonnia cronica non mantengono solo abitudini di sonno errate, ma indulgono anche in orari di sonno irregolari. Inoltre punta a correggere credenze distorte e attitudini errate verso il sonno. Dal momento che l'*arousal* può essere un fattore significativo nel determinare insonnia, la TCC punta anche a ridurre l'iperattivazione fisiologica, cognitiva, ed emotiva. Un'altra meta importante consiste nell'aiutare il paziente a sviluppare migliori abilità di coping. Ci sono pochi casi di insonnia cronica che vengono interamente curati da un trattamento, e la maggior parte dei pazienti che completano qualsiasi tipo di terapia continueranno a provare alcuni persistenti disturbi del sonno. Per far sì che questi disturbi restino residui ed occasionali, la ristrutturazione

cognitiva delle aspettative e delle credenze relative al sonno aiuta i pazienti ad adattarsi alla perdita del sonno e minimizzare i suoi effetti. Questo procedimento serve anche da precursore per l'obiettivo finale della terapia, ovvero la prevenzione delle ricadute.

La TCC comprende tre componenti, comportamentale, cognitiva e di psicoeducazione o igiene del sonno, che si indirizzano a diversi aspetti dell'insonnia.

Le due pratiche più comuni, diffuse ed immediate per il trattamento dell'insonnia sono l'igiene del sonno ed il rilassamento. Sovente i pazienti hanno già provato da soli a seguire i consigli che vengono più spesso riportati rispetto all'igiene del sonno, ed è quindi importante andare a vedere cosa è stato tentato, ed eventualmente se nel paziente è presente la convinzione di aver già provato tutto il fattibile, dal punto di vista di comportamenti da adottare per cercare di sconfiggere il proprio problema. Questa convinzione, infatti, potrebbe essere di ostacolo all'impegno del paziente nelle attività e nelle pratiche che dovrà mettere in atto per la terapia.

Rilassamento

Si tratta della terapia non farmacologica per l'insonnia più comunemente utilizzata, anche perché da oltre trent'anni (Monroe 1967) si ritiene che l'insonnia sia legata ad un eccessivo livello di attivazione fisiologica, anche se vi sono studi che propendono più per legare l'insonnia all'attivazione cognitiva (Harvey 2000b). Questo metodo cerca quindi di ridurre i due tipi di *arousal* che si pensa possano interferire con il sonno, ovvero l'attivazione fisiologica e quella cognitiva. Le tecniche per il rilassamento autonomo, come ad esempio il rilassamento muscolare progressivo, il training autogeno e il biofeedback, puntano a ridurre la tensione muscolare e altri tipi di *arousal* fisiologico.

Le tecniche di rilassamento sono efficaci soprattutto nei casi di insonnia iniziale (Morin et al. 1999; Chesson et al. 1999). Il training immaginativo, la meditazione, e lo stop del pensiero sono alcuni dei metodi usati per contrastare l'*arousal* cognitivo. Le terapie che implicano il rilassamento richiedono allenamento e pratica quotidiana, e ci vuole un po' di tempo prima che il paziente ottenga dei risultati.

È importante che il paziente si crei una sorta di rituale di addormentamento, che inizia circa un'ora, un'ora e mezza prima dell'orario in cui è stabilito che vada a letto. Questo non deve diventare una fonte di ulteriore ansia e senso di costrizione, ma piuttosto una sorta di routine che aiuta a staccarsi gradualmente dalle attività quotidiane. La prima cosa da stabilire, infatti, è un orario costante di sospensione del lavoro o delle attività. È inoltre importante che il paziente non pretenda di avere il controllo sul proprio sonno, idea del tutto controproducente, ma piuttosto impari a lasciarsi andare. Come si diceva prima, le tecniche di rilassamento richiedono un programma di addestramento al quale è importante attenersi, per ottenere dei risultati. Inizialmente il rilassamento andrebbe praticato in momenti in cui non ci si aspetta di addormentarsi, in quanto in questo modo sarà possibile concentrarsi meglio sui contenuti da apprendere, e ottenere quello che è lo scopo degli esercizi, ovvero uno stato di rilassamento generale. Una volta appresa

la tecnica, gli esercizi andrebbero svolti quando ci si è coricati, prima di dormire, perché vi sono maggiori probabilità di addormentarsi se la mente ed il corpo sono rilassati. È bene approfondire con domande bene indirizzate il livello di compliance del paziente rispetto a questi esercizi, perché tante volte non vengono svolti per svariati motivi, come non ritenere che lo stato di rilassamento sia importante, o sentirsi in colpa per essere rilassati, o trovare difficoltà pratiche nello svolgimento degli esercizi. Spesso i pazienti sostengono di essersene dimenticati, quindi è bene discutere a fondo con loro quali siano i momenti migliori per dedicarsi a questa attività, che deve diventare una consuetudine. Secondo alcuni autori qualsiasi tecnica di rilassamento coinvolge meccanismi cognitivi, diminuendo o calmando l'attività cognitiva che si ha prima del sonno, riducendo le preoccupazioni verso il disturbo del sonno e favorendo un modo di vedere le cose più positivo (Harvey et al. 2005).

Igiene del sonno

I fattori esterni possono giocare un ruolo importante nei disturbi del sonno, e l'educazione all'igiene del sonno insegna ai pazienti che soffrono di insonnia a riconoscerli e minimizzarli. Quindi quando si parla di igiene del sonno ci si riferisce a tutto ciò che i pazienti possono fare sia per eliminare alcuni fattori ambientali e comportamentali che interferiscono con il sonno sia per migliorare la qualità dello stesso.

I fattori si possono distinguere in endogeni, relativi allo stile di vita, ed esogeni, relativi all'ambiente nel quale ci si trova, in questo caso abitualmente la camera da letto.

Per quanto riguarda i fattori endogeni, è importante che i pazienti imparino a seguire le seguenti regole:

- evitare la caffeina e tutti gli stimolanti dopo cena, in particolare nelle quattro ore precedenti il momento di andare a dormire;
- evitare di fumare quando è ora di andare a letto o durante i risvegli notturni;
- non bere alcool la sera tardi, perché può causare disidratazione, con la necessità di svegliarsi per bere o urinare, ed inquietudine e risvegli, soprattutto nella seconda metà della notte;
- fare attenzione alla dieta, in quanto mangiare eccessivamente prima di dormire non aiuta il sonno, come pure avere fame durante la notte, e l'essere sovrappeso crea problemi di sonno, come il russare o patologie delle vie aeree;
- non fare un bagno caldo meno di due ore prima di andare a dormire, perché la temperatura corporea eccessiva può disturbare il sonno;
- non fare esercizio fisico troppo vicino all'ora di andare a dormire, perché questo attiva il sistema nervoso e rende più difficile addormentarsi;
- fare esercizio regolare nel tardo pomeriggio o al mattino, perché questo può rendere il sonno più profondo.

La stanza in cui i pazienti dormono dovrebbe essere possibilmente poco rumorosa, con una temperatura intorno ai 18° C, perché il troppo caldo e il troppo freddo possono disturbare il sonno ed i

sogni, avere una buona circolazione d'aria e non essere troppo illuminata (anche dalle luci esterne). La buona qualità del materasso e del cuscino possono aiutare ad avere un sonno migliore.

Per valutare questi comportamenti può essere utilizzata la Sleep Hygiene Practice Scale (Lacks & Rotert 1986), che permette di identificare i problemi di cattiva igiene del sonno e di fornire una stima della comprensione del paziente riguardo questi fattori.

Terapia comportamentale: programmazione del sonno

Alle tecniche di rilassamento e all'igiene del sonno andrebbe associata la parte più prettamente comportamentale di questo modello di trattamento, che riguarda la programmazione del sonno, ovvero le terapie di controllo dello stimolo e di restrizione del sonno. È importante motivare il paziente spiegando che lo scopo della programmazione del sonno è quello di ripianificare il sonno, in modo tale da soddisfare le necessità individuali e sviluppare un solido pattern notturno. Spesso le persone insonni lamentano di non avere un reale pattern del sonno, e il fatto che il sonno vari da notte a notte induce a pensare che non sia controllabile. Fondamentale, ai fini di verificare lo stile e le abitudini del paziente, è il diario del sonno, che permette sia di stabilire quale sia la gravità del disturbo che di monitorare i progressi del trattamento. Spesso i pazienti non sono scontenti solo della quantità di sonno, ma anche della qualità, perché hanno frequenti risvegli durante la notte. Registrando il sonno per un paio di settimane, si può calcolare la media di ore dormite per notte, vedere come dormono i pazienti, e sulla base di questo organizzare gli interventi. Sembra inoltre che vi sia un "effetto diario del sonno", perché in alcuni studi (Creti et al. 2005; Harvey et al. 2005) si avevano dei miglioramenti nel sonno anche solo chiedendo ai pazienti di tenere il diario. Le ipotesi sono da una parte che l'accresciuta consapevolezza del proprio stile nel dormire possa aiutare ad alleviare il disturbo del paziente attraverso una riduzione dell'ansia legata al sonno, dall'altra il fatto di tenere un diario potrebbe in qualche modo far superare gli errori nella memoria e nella stima media di quanto si dorme, e quindi diminuire la percezione di aver dormito poco.

La parte della programmazione del sonno è quella che più facilmente presenta difficoltà per il paziente, ed è quindi molto importante che la motivazione ad applicare e seguire fino in fondo le regole sia forte. I pazienti vanno sostenuti ed incoraggiati, durante tutta l'applicazione del protocollo, ai fini di ottenere dei risultati migliori.

Controllo dello stimolo

L'American Academy of Sleep Medicine raccomanda questa tecnica come trattamento non farmacologico "standard" per l'insonnia (Chesson et al. 1999).

Si tratta di una serie di istruzioni che puntano a riassociare il letto e la camera da letto con il sonno, e a ristabilire un programma di sonno-veglia regolare. Sebbene i disturbi del sonno siano solitamente causati da un fattore di stress o da una malattia, la vera insonnia è in genere il risultato di un comportamento disadattivo che prosegue anche oltre il termine dell'evento precipitante che vi era in origine. Una persona

con insonnia non risponde più ai tipici stimoli del sonno con sonnolenza e sonno, ma invece associa questi stimoli all'essere svegli.

Il "buon sonno" è visto come una conseguenza del controllo dello stimolo dell'ambiente camera da letto, le cui caratteristiche dovrebbero agire come stimoli discriminativi per un sonno efficace (Bootzin et al. 1991). Un questionario che può rivelarsi utile per la valutazione dei comportamenti correlati al sonno è The Sleep Behaviour Self-Rating Scale (Kazarian et al. 1979).

Il controllo dello stimolo consiste in cinque semplici istruzioni che aiutano il paziente a riassociare lo stimolo del sonno con il comportamento adeguato – cadere addormentati – e incoraggia a stabilire un programma adeguato di sonno e veglia.

1. Andare a letto solo quando si ha sonno. Le persone con insonnia spesso possono andare a letto particolarmente presto per aumentare la possibilità di essere addormentati al momento desiderato. Però il tempo in più passato a letto serve solo a far crescere l'attivazione, causando pensieri più intrusivi, preoccupazione e frustrazione rispetto all'incapacità di dormire. Il paziente deve essere aiutato ad imparare a riconoscere come stimoli discriminativi per il sonno segnali quali prurito agli occhi, mancanza di energie, muscoli doloranti, sbadigli, ecc. La stanchezza e la fatica inoltre non dovrebbero essere confuse con la sonnolenza.
2. Usare il letto e la camera da letto solo per dormire. Quando la camera da letto o il letto sono utilizzate per leggere, mangiare, guardare la televisione, o altre attività, l'ambiente diventa associato allo stare svegli anziché al dormire. Utilizzare invece questo luogo solo per dormire, e per le attività sessuali, aiuta a indurre la sonnolenza. La mancata associazione tra stimolo e risposta (letto=sonno) può essere particolarmente prevalente negli adulti anziani che passano una considerevole quantità di tempo a letto a causa di una malattia o di restrizioni fisiche.
3. Alzarsi dal letto se non si riesce a dormire. Se il paziente non riesce ad addormentarsi dopo 15 minuti passati a letto, deve andare in un'altra stanza e intraprendere qualche attività tranquilla (ad es. leggere, guardare la tv, ascoltare la radio). Questa istruzione è valida anche per i risvegli durante la notte. Quando il paziente si sente nuovamente assonnato, dovrebbe tornare a letto, ma se ancora entro 15 minuti non si addormenta, dovrebbe alzarsi di nuovo. È una delle regole più difficili da mettere in pratica, perché molte persone pensano che alzarsi dal letto, quando non si riesce a dormire nei momenti di risveglio notturni, può causare un aumento dell'attivazione, ma seguire questa modalità aiuta in genere a velocizzare l'arrivo del sonno e, alla lunga, a riassociare il letto con un rapido insorgere del sonno.
4. Alzarsi alla stessa ora ogni mattina. Svegliarsi in modo regolare, sempre alla stessa ora, aiuta a ristabilire e risincronizzare i ritmi circadiani. A prescindere dalla quantità di sonno che le persone

che soffrono di insonnia riescono ad avere durante la notte, dovrebbe essere mantenuto un orario di risveglio regolare durante tutta la settimana, compresi i fine settimana.

5. Non fare sonnellini durante il giorno. Sebbene fare dei sonnellini diurni possa sembrare un buon modo per recuperare il sonno perduto durante la notte, in realtà serve solo a perpetuare il ritmo irregolare dei cicli circadiani, e rende difficile per i pazienti addormentarsi all'ora desiderata. La sospensione di tutti i sonnellini garantisce una migliore preparazione per un sonno notturno ininterrotto e più lungo. Dormire solo a letto aiuta anche a rinforzare il collegamento tra letto e sonno soddisfacente, mentre addormentarsi ad esempio su un divano in una stanza diversa dalla propria camera indebolisce questo legame e toglie tempo al sonno notturno. I sonnellini diurni possono invece essere appropriati nel caso di persone che soffrano di deprivazione da sonno.

Restrizione del sonno

Anche questa tecnica è indicata dall'American Academy of Sleep Medicine nelle linee guida per il trattamento dell'insonnia (Chesson et al. 1999). Questo metodo limita la quantità di tempo passato a letto alla quantità di tempo passato dormendo, creando una temporanea e lieve deprivazione da sonno. La funzione di questa tecnica è quella di ricreare una armonia nei ritmi circadiani, che regolano l'orologio biologico dell'organismo sulla base delle 24 ore, e di rinforzare la regolazione omeostatica, che tende a portare all'equilibrio la programmazione sonno-veglia. Si ottiene così una insorgenza del sonno più rapida, maggiore continuità e migliore qualità del sonno. Il metodo consiste nel chiedere a una persona che soffre di insonnia e abitualmente resta a letto per otto ore per notte, ma dorme per sei sole ore (dato che possiamo ricavare dall'analisi del diario del sonno), di limitare il tempo trascorso a letto alle sei ore, quella che viene chiamata la sua "finestra del sonno". Questa finestra di tempo viene quindi modificata settimanalmente in base alla efficienza di sonno che viene raggiunta. Lo scopo finale della restrizione del sonno è quello di raggiungere una efficienza del sonno pari all'85%. Nel momento in cui l'efficienza del sonno diventa superiore al 90% il paziente può passare altri 15 o 20 minuti a letto per notte. Invece se si ha una efficienza del sonno inferiore all'80% verrà applicata una ulteriore restrizione del tempo da trascorrere a letto, sempre di 15-20 minuti per notte. Per creare questa "finestra del sonno" il paziente deve innanzitutto stabilire un orario mattutino in cui alzarsi costante per tutta la settimana, quindi definire un momento soglia per andare a letto, sottraendo il periodo medio di sonno dall'orario in cui si è stabilito che si deve alzare al mattino.

Dal momento che la sonnolenza diurna può essere un effetto collaterale della restrizione del sonno, la finestra del sonno non dovrebbe essere mai inferiore alle cinque ore per notte, a prescindere dalla efficienza del sonno. Anche se questa sonnolenza è normale e temporanea, e si presenta prevalentemente nella prima settimana di restrizione del sonno, va tenuto conto del fatto che alcune persone possono avere

lavori che richiedono una attenzione tale per cui un eventuale assopimento può essere un pericolo per il paziente o per altre persone.

Nella programmazione del sonno, che come si è detto è la parte più prettamente comportamentale dell'intervento, vi sono degli elementi anche cognitivi. Alcuni studiosi hanno ipotizzato che la restrizione del sonno impedisca alle persone di stare a letto a preoccuparsi del fatto che non dormono, e che il controllo dello stimolo riduca sia l'ansia anticipatoria del sonno che l'attività cognitiva disfunzionale legata al sonno, e faccia sì che gli insonni siano meno preoccupati ed ansiosi rispetto al fatto che non dormono (Lichstein & Fischer 1985; Espie 2002).

Ristrutturazione cognitiva

Se da una parte sono i comportamenti disadattivi che perpetuano l'insonnia, le false credenze e le aspettative irrealistiche sul sonno e sull'insonnia sostengono questi comportamenti.

La terapia cognitiva si indirizza proprio a queste credenze erronee e tenta di alterarle. Il terapeuta fornisce una spiegazione di come i fattori cognitivi possano influenzare l'insonnia, e illustra come l'interpretazione e il giudizio personali di una determinata situazione possano modulare la risposta emotiva. Vengono identificati pensieri disfunzionali, che rivelano le false credenze sottostanti, e se vi siano pensieri intrusivi notturni. Spesso i temi riguardano convinzioni e atteggiamenti relativi all'assenza di sonno, diurna e notturna, e si è visto come le persone che soffrono di insonnia tendano a riferire pensieri più negativi sul sonno e su altri argomenti quali salute, lavoro e famiglia, sia nel periodo precedente l'addormentamento che durante i risvegli notturni; gli insonni tendono anche a impegnarsi in attività di automonitoraggio, come controllare l'orologio o verificare le proprie sensazioni corporee, e in comportamenti protettivi, come controllare quanto tempo resta ancora per dormire (Harvey, A. G., 2000a). La sensazione di sfiducia e di non poter avere aiuto è più forte nei pazienti con insonnia rispetto ai buoni dormitori, ed in particolare rispetto alla sensazione di non avere speranze la terapia cognitiva sembra permettere una modificazione importante (Carney, C. E. & Edinger, J. D., 2006).

Questo tipo di intervento è di natura verbale, spesso richiede più tempo rispetto alle procedure comportamentali per venire realizzato, ma è un elemento cruciale per un trattamento efficace dell'insonnia. Dopo aver identificato i pensieri disfunzionali e gli atteggiamenti verso il sonno, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere la scarsa accuratezza delle proprie idee, a identificare le proprie nozioni maladattive sul sonno, e offre delle interpretazioni alternative a quelle del paziente che perpetuano il disturbo, così che quest'ultimo possa iniziare a pensare alla propria insonnia in un modo diverso, e gli venga rinforzata la sensazione di poter gestire le difficoltà legate al sonno e alle conseguenze diurne. L'obiettivo di fondo della terapia cognitiva è quello di guidare il paziente nel considerare l'insonnia e le sue conseguenze da una prospettiva più realistica e razionale, e lo si può suddividere in sotto-obiettivi, legati e complementari tra loro.

Innanzitutto il trattamento deve contrastare le *idee errate sulle cause dell'insonnia*. Molti pazienti attribuiscono la loro insonnia a cause scatenanti specifiche o fattori stressanti, come il dolore legato ad una malattia, le allergie, l'età, la depressione o un cambiamento di lavoro, una separazione, un lutto. Il paziente quindi crede che queste condizioni debbano essere risolte prima che passi l'insonnia, e che l'insonnia passerà nel momento in cui l'agente stressante si è attenuato o la persona vi si è adattata. Sebbene tali fattori siano spesso coinvolti nei disturbi del sonno, attribuire l'insonnia soltanto a queste cause è controproducente, perché il paziente può avere poco controllo su di esse. Se una persona dà questa interpretazione, ovvero che il disturbo è un segno di mancanza di controllo, inizia a monitorare la carenza di sonno e a preoccuparsi delle sue conseguenze, alimentando il circolo vizioso dell'insonnia, una reazione a catena che porta a uno stato di ipervigilanza fisiologica ed emotiva. La terapia cognitiva è indirizzata alla comprensione del fatto che l'insonnia cronica riguarda sempre fattori sia comportamentali che psicologici, sui quali il paziente può avere un certo controllo. Va quindi incoraggiato a pensare che sebbene le cause esterne possano avere un ruolo, vi possono essere altri fattori, come una programmazione irregolare del sonno, sonnellini diurni, ecc., che possono influire sul problema e sui quali si può esercitare un certo controllo. Nel momento in cui il paziente comprende che l'insonnia non è causata solamente da fattori esterni, ma anche interni, diventa possibile sconfiggerli o adattarsi ad essi.

Un ruolo molto importante nel mantenere il disturbo lo hanno le *attribuzioni errate* riguardo l'insonnia. Per rendere il paziente consapevole dei propri pensieri automatici negativi riguardo all'insonnia è possibile insegnare ad usare gli ABC, registrando quotidianamente i pensieri relativi al sonno e all'insonnia e le emozioni ad essi associate. Per individuare alcune nozioni del paziente sul sonno si può fare anche uso della Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) (Morin 1994), scala messa a punto da Morin, che indaga la presenza di cinque tipi di atteggiamenti e convinzioni che possono in vario modo favorire l'insonnia, cioè la tendenza ad amplificare le conseguenze dell'insonnia, la tendenza al fatalismo e all'impotenza, le aspettative sulle necessità di sonno, le teorie erronee sulla natura dell'insonnia o i fraintendimenti della reale natura del problema e le credenze ingenuo o erronee sui rimedi effettivamente utili a combattere l'insonnia. Per identificare i pensieri intrusivi si può utilizzare il registro del contenuto dei pensieri (Glasgow Content of Thoughts Inventory, GCTI) (Harvey & Espie 2004), che indaga le riflessioni del paziente prima del sonno. Una volta identificate le attribuzioni errate sull'insonnia, si deve aiutare il paziente a considerarle solo una delle interpretazioni possibili, e trovare insieme a lui delle alternative a questi pensieri disfunzionali. Grazie all'automonitoraggio, inoltre, lo si può aiutare a vedere quanto la reazione emotiva sia diversa a seconda della natura dei pensieri concepiti. Per fare questo si può ricorrere alla ristrutturazione cognitiva.

Un altro problema dei pazienti insonni è *l'amplificazione delle conseguenze diurne* del disturbo. Mentre alcuni pazienti possono esperire conseguenze diurne reali dell'insonnia, la paura di queste

conseguenze e la preoccupazione rispetto agli effetti sulla salute della perdita di sonno, ingrandisce il resoconto soggettivo di queste conseguenze e amplifica la natura disastrosa dell'insonnia. Stanchezza, irritabilità ed inefficienza possono essere soggettivamente attribuite ad una notte di sonno scarso, ma in realtà sono piuttosto limitate le misurazioni oggettive della sonnolenza diurna e della mancanza di attenzione vigile nei pazienti. È importante quindi chiedere al paziente se è possibile che i problemi esperiti durante il giorno siano conseguenza di qualcosa di diverso, ed aiutarlo a vedere come possibile fonte delle sue difficoltà la preoccupazione per fattori altri dalla mancanza di sonno, come il lavoro, le relazioni con altre persone, la famiglia, ecc. I resoconti sugli effetti avversi sono più alti negli individui più soggetti a preoccuparsi, infatti persone con insonnia soggettiva mostrano di più i postumi diurni degli eventi avversi rispetto a quelli con insonnia psicofisiologica, dove vi sono prove oggettive che il sonno è disturbato. La personalità tendente alla preoccupazione di molti pazienti con insonnia soggettiva può essere la causa di questo fenomeno, o può confermare la tendenza dei pazienti con insonnia psicofisiologica verso un *iperarousal* fisiologico, sia durante il giorno che durante la notte. In ogni caso, uno sguardo razionale alle conseguenze oggettive della mancanza di sonno può aiutare i pazienti a riattribuire le presunte conseguenze e vedere che la preoccupazione relativa all'insonnia può essere più dannosa per la loro salute di quanto non lo sia la reale perdita di sonno.

In alcune situazioni può essere che il paziente riduca drasticamente il proprio livello di attività diurna a causa della scarsità di sonno e della mancanza di energia. In questi casi è importante sia chiedere al paziente di non attribuire al sonno un valore eccessivo, cercando quindi di mantenere tutti gli impegni di vita normali, a prescindere da come ha dormito, sia verificare i motivi che portano a questa scelta, per vedere se vi siano dei vantaggi secondari, o qualche forma di depressione. Spingere il paziente a portare avanti le proprie abitudini e attività quotidiane, indipendentemente da come ha trascorso la notte, serve per distrarre l'attenzione dalla carenza di sonno e per far vedere che si può riuscire a fare tutto nonostante una notte di sonno scarso, e che quindi l'efficienza diurna non dipende esclusivamente da quanto si è dormito.

Aspettative irrealistiche verso il sonno. Ogni persona dorme in modo diverso: le persone con insonnia possono focalizzarsi eccessivamente sul raggiungimento di una "normale" durata, insorgenza, o qualità del loro sonno, confrontando le loro abitudini con quelle di amici o di compagni di letto. Sebbene dormire otto ore possa essere il tempo medio di sonno della maggior parte degli adulti, la pressione auto imposta di raggiungere questa durata del sonno può peggiorare le difficoltà di sonno o far sì che persone che hanno un ben definito disturbo del sonno pensino di soffrire di insonnia. In questi casi una valutazione clinica di base rispetto ai parametri del sonno rivela la severità e la significatività del disturbo del sonno e determina se esso sia patologico o se sia entro le normali fasce. Per quei pazienti che hanno aspettative irrealistiche, la terapia cognitiva può essere d'aiuto nel cambiare le aspettative rispetto al sonno e riconsiderare l'importanza clinica delle difficoltà nel dormire, mostrando loro che se qualche volta non si sentono

completamente riposati, non significa che questo sia patologico o che il sonno della notte precedente fosse disturbato, e verificare anche in questo caso come non sempre il benessere diurno sia legato a notti di maggiore sonno.

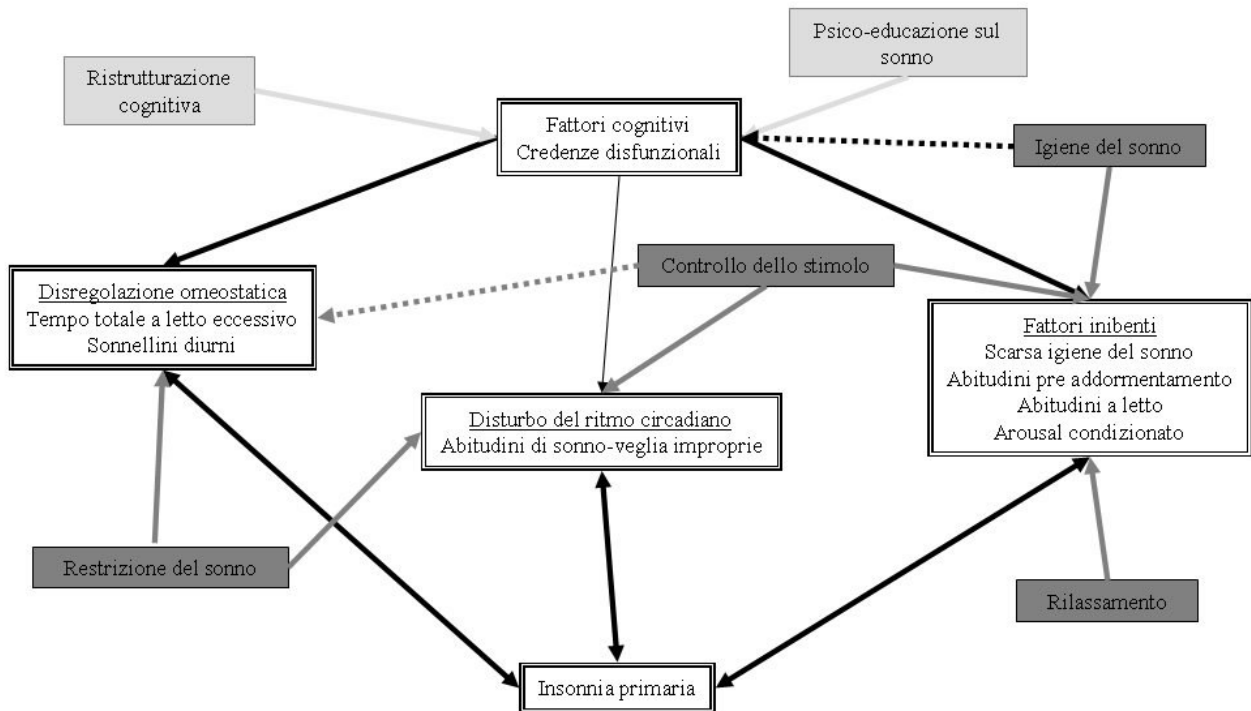
È importante anche valutare *l'ansia da prestazione e impotenza appresa*. Per molte persone l'insonnia costituisce una mancanza di controllo, in quanto la variabilità delle modalità del sonno tra una notte e l'altra porta ad una rappresentazione del sonno come imprevedibile e fuori dal proprio controllo. Quando il sentimento di impotenza cresce, i pazienti sentono una pressione ancora maggiore rispetto all'addormentarsi, e si crea un senso di ansia da prestazione che può peggiorare la situazione. Le strategie cognitive per risolvere questa situazione possono includere le raccomandazioni paradossali, che aumentano la percezione di avere il controllo da parte del paziente. Nel trattamento paradossale i tentativi controproducenti di dormire sono sostituiti dall'intenzione di rimanere passivamente svegli, o dalla cessazione di qualsiasi sforzo diretto di prendere sonno. Al paziente viene indicato di cercare di rimanere sveglio, di tenere gli occhi aperti, quando è a letto e al buio, "un po' di più", non cercare di dormire, ma congratularsi per essere riuscito a rimanere sveglio, e nel caso in cui si preoccupi del fatto che rimane sveglio, ricordarsi che sta seguendo proprio questa istruzione, e che quindi sta facendo la cosa giusta. Questo dovrebbe portare il paziente a superare la preoccupazione rispetto al sonno, favorendo un atteggiamento meno ansioso rispetto all'essere svegli. Tutto questo viene fatto perché, quando l'insonnia è imprevedibile e sembra non avere alcuna causa, i pazienti possono cadere in uno stato di impotenza appresa e credere che i farmaci ipnotici sono la sola fonte di prevedibilità o che non ci sarà mai alcun controllo. A questo punto i pazienti iniziano a vedere se stessi come vittime e catastrofizzano il potere, l'effetto e la durata dell'insonnia.

Credenze errate relativamente alle pratiche che promuovono il sonno., ovvero idee preconcepite rispetto alla risoluzione dell'insonnia possono solo peggiorare la situazione. La tattica controproducente più comunemente messa in atto dalle persone incapaci di dormire è lo stare a letto e insistere nel provare a dormire, o dormire al mattino per compensare il poco sonno, ma possono essere messe in atto altre pratiche, come bere alcool prima di dormire, o cercare di addormentarsi guardando la televisione, che aumentano il disturbo. La maggior parte delle pratiche erranee sono alterate dalla componente comportamentale della terapia, ma i pazienti hanno anche bisogno di una ristrutturazione cognitiva rispetto al modo in cui pensano alla promozione del sonno.

In generale si è visto come la terapia cognitiva per l'insonnia aiuti a cambiare le idee di fondo che perpetuano il problema dell'insonnia, e come le persone con insonnia dovrebbero imparare sei strategie cognitive di base: 1. avere aspettative realistiche, 2. non incolpare l'insonnia per tutti i problemi, 3. non provare mai a dormire, 4. non dare troppa importanza al sonno, 5. non catastrofizzare dopo una notte di

sonno scarso, 6. sviluppare tolleranza verso gli effetti dell'insonnia. La Figura 1 schematizza le cause che portano o mantengono l'insonnia, e gli aspetti sui quali vanno ad agire le diverse parti della TCC-I.

Con la TCC-I si ottiene un importante miglioramento nei problemi legati all'insonnia, sia notturni che diurni, e questo miglioramento sembra perdurare nel tempo anche dopo un anno che la terapia si è conclusa (Harvey et al. 2007). I risultati delle ricerche indicano che la TCC-I è efficace per il 70-80% dei pazienti, anche nel caso di persone anziane o con comorbidità con altre patologie (Morin 2007).



Le linee piene indicano un effetto diretto
Le linee tratteggiate indicano un possibile effetto secondario

Figura 1. Tradotta e adattata da Edinger e Means (Edinger & Means 2005).

Approccio farmacologico combinato con TCC

Gli studi che hanno preso in esame l'associazione di TCC e di farmaci per il trattamento dell'insonnia hanno dimostrato che l'introduzione della TCC, prima accanto e poi in sostituzione dei farmaci, porta ai risultati migliori; in particolare, in una fase acuta sembra che i risultati più rapidi si ottengano attraverso i farmaci o con le due terapie combinate, mentre nel breve e lungo periodo la TCC offre migliori garanzie di successo e di mantenimento dei risultati raggiunti (Vallieres et al. 2004; Vallieres et al. 2005; Mendelson 2007). Morin (Morin & Espie 2004) sostiene che "l'approccio sequenziale garantisce un

proseguimento della terapia dopo la graduale sospensione dei farmaci, fornendo quindi un'opportunità per integrare le capacità di autogestione appena apprese, in particolare nel momento in cui è probabile che l'insonnia di rimbalzo rinforzi nel paziente la convinzione di aver bisogno indefinitamente dei farmaci". L'autore afferma inoltre che "il fatto che il paziente attribuisca i benefici terapeutici iniziali al solo farmaco, senza l'integrazione delle capacità di autogestione, può ostacolare i risultati a lungo termine e rendere più difficoltoso il processo di sospensione dell'ipnotico".

Peraltro lo stesso Morin (2006) mette in rilievo che la decisione su quale trattamento iniziare prima, o se portarli avanti contemporaneamente, dipende da fattori quali la natura dell'insonnia, la storia del trattamento, condizioni di comorbidità, la possibilità di accettare il trattamento da parte del paziente e il costo o la disponibilità del trattamento stesso.

Il trattamento cognitivo-comportamentale, oltre a rendere più semplice la riduzione e quindi la cessazione dell'utilizzo delle BDZ (Baillargeon et al. 2003; Morin et al. 2004), aiuta a prevenire le ricadute che sono molto frequenti dopo l'interruzione del trattamento con farmaci ipnotici (Morin et al. 2005). È stato provato che la TCC può non solo aumentare l'effetto dei farmaci, ma anche sostituirli efficacemente (Morin 2004) e, in particolare nei pazienti anziani, è più efficace del trattamento con farmaci ipnotici (Sivertsen et al. 2006) e dà buoni risultati sia nel trattamento dell'insonnia primaria e secondaria, sia nel caso di pazienti con dipendenza da farmaci ipnoinducenti (Nau et al. 2005).

La qualità della vita nei pazienti insonni che assumono farmaci ipnotici risulta decisamente inferiore, se confrontata con quella della popolazione generale, in particolare rispetto alla salute fisica, e, se questi pazienti ricevono una TCC per l'insonnia, nell'arco di sei mesi si osserva un miglioramento significativo per quanto riguarda aspetti relativi al funzionamento fisico, emotivo e alla salute mentale (Dixon et al. 2006).

Generalmente le persone iniziano ad assumere farmaci durante i periodi di insonnia acuta situazionale, ma spesso continuano ad assumerli anche una volta che le difficoltà di sonno sono scomparse, come profilassi per evitare il ripresentarsi del problema. L'uso quotidiano porta però a tolleranza, con conseguente aumento del dosaggio. Nel momento in cui si è raggiunto il dosaggio massimo in assenza di rischio, il paziente si trova ormai in un circolo vizioso, dove i tentativi di interrompere l'assunzione di farmaci sono sempre associati a quella che viene chiamata insonnia di rimbalzo, caratterizzata da sintomi di astinenza e peggioramento delle difficoltà di sonno. A questo punto l'ansia del paziente cresce, si rinforza la convinzione di avere bisogno del farmaco per dormire, e tutto questo porta a sviluppare una forma di insonnia farmaco-dipendente. La diagnosi di insonnia ipnotico-dipendente implica che vi sia una difficoltà di sonno associata all'uso quasi quotidiano di un agente ipnotico, per un periodo minimo di tre settimane, con tolleranza ai farmaci ipnotici e effetti di astinenza in seguito alla loro sospensione (American Sleep Disorders Association, 1997).

Sospensione dei farmaci per l'insonnia con l'ausilio della TCC

Come nel momento in cui si deve attuare una psicoterapia, anche per la sospensione dei farmaci è fondamentale che il paziente sia motivato, che sia in un momento in cui è in grado di portare avanti il programma, ed è preferibile che la motivazione sia intrinseca piuttosto che estrinseca.

Se il paziente è preoccupato per i sintomi di astinenza e dall'insonnia di rimbalzo, va rassicurato facendo presente che si tratta di un programma molto graduale e che i sintomi da astinenza spariscono in tempi piuttosto brevi. Se il paziente dimostra di avere poca fiducia nelle proprie capacità di smettere il farmaco, si può presentare questo programma come un'opportunità per migliorare il proprio autocontrollo sul sonno e sulla propria vita in generale.

Una volta accertata la motivazione del paziente, si deve scegliere con lui la data di inizio del programma e la data finale in cui non dovranno più essere assunti farmaci, e il paziente viene incoraggiato a comunicare questa data a persone a lui vicine, come il partner, per favorire la motivazione e ottenere sostegno.

Prima di iniziare il protocollo va tenuto un diario del sonno e dei farmaci per un periodo di due settimane, dove devono essere registrati sia i parametri del sonno che tutti gli ausili, sia farmaci che alcool, che utilizza per dormire (tipo, dosaggio, frequenza di assunzione); questo allo scopo di definire il livello base da cui si parte, e progettare un programma di diminuzione e cessazione del farmaco. Il diario andrà poi portato avanti per tutta la durata del protocollo, stabilendo un obiettivo settimanale di riduzione del farmaco, e verificando che il paziente si senta in grado di seguire il programma. Nel caso in cui si dimostrasse poco sicuro di poter raggiungere l'obiettivo settimanale prefissato, è bene ridurlo, o spostarlo alla settimana successiva.

Se il paziente alterna più farmaci, o ne assume più di uno, va stabilizzarlo su una monoterapia prima di iniziare il trattamento.

Il dosaggio in genere viene ridotto del 25% in periodi che vanno da una a due settimane, sino ad arrivare al dosaggio minimo disponibile. La durata totale del programma di sospensione varia in genere da 4 a 12 settimane, anche se uno studio di Baillargeon e coll. (Baillargeon et al. 2003) ha dimostrato come, nel caso di pazienti che utilizzino i farmaci entro dosi terapeutiche, un periodo di 8 o 10 settimane dovrebbe essere adeguato. Nelle riduzioni di dosaggio è importante non scendere sotto la settimana, perché sarebbe alto il rischio di incorrere in insonnia di rimbalzo.

Una volta raggiunto il dosaggio minimo consigliato vanno introdotte quelle che Morin (Morin & Espie 2004) chiama le "vacanze del sonno", ovvero si istruisce il paziente ad assumere il farmaco inizialmente soltanto in un numero predeterminato di notti, e quindi secondo una programmazione fissa, e non in base alle necessità. Questa modalità, che prevede che il paziente debba prendere il farmaco non nelle notti in

cui sente di averne bisogno, ma a prescindere da questo, aiuta a indebolire la connessione fra la mancanza di sonno e l'assunzione di un farmaco.

Infine va sospeso definitivamente il farmaco, facendo presente ai pazienti spaventati da questa prospettiva che la quantità che stanno assumendo a questo punto ha degli effetti veramente minimi sulla qualità del loro sonno.

Per prevenire le ricadute è importante far presente che potrebbe servire un certo periodo di tempo senza farmaci prima che il sonno ritorni normale, e aiutare il paziente a riconoscere che vi possono essere situazioni più rischiose di altre rispetto alla difficoltà di dormire, ovvero quelle associate a situazioni di stress nella vita quotidiana. L'aiuto della TCC in questo senso è legato al fatto che il paziente da una parte può avere appreso tecniche comportamentali e di igiene del sonno che gli permettono di ridurre comunque l'insonnia, anche nelle situazioni stressanti, e dall'altra dovrebbe aver aumentato la propria capacità di interpretare queste notti in una giusta prospettiva, ovvero non come il ritorno del problema di insonnia, ma come conseguenze di un problema contingente.

È altresì importante far presente che, se si dovesse avere ancora bisogno di assumere farmaci per dormire, questo non significherà ritornare alla dipendenza, ma sarà comunque importante limitarne l'uso a una o massimo due notti consecutive, alla dose minima disponibile.

Si può prevedere una fase di mantenimento, effettuando telefonate di controllo o sessioni di follow-up per verificare la situazione del paziente.

Rispetto a frequenza e durata delle sedute, queste dovrebbero essere settimanali, e durare circa 20 minuti nel caso del solo protocollo di riduzione del farmaco, mentre dovrebbero avere la durata di una normale seduta terapeutica nel caso venga contemporaneamente messa in atto la TCC. È importante che le convinzioni errate del paziente rispetto al sonno e le sue preoccupazioni vengano analizzate a fondo e discusse. Ai fini di migliorare l'autostima del paziente, è bene concedere la massima libertà possibile rispetto al regime di sospensione graduale che viene concordato.

Come detto in precedenza, la sospensione dei farmaci viene aiutata dall'associazione con TCC (Baillargeon et al. 2003; Morin et al., 2004; Morin et al. 2005); nel caso in cui, però, vi siano pazienti che assumono più del doppio della dose più alta consigliata, si rende necessario un ricovero per la disintossicazione.

Trattamento individuale, di gruppo, altre forme

Il trattamento cognitivo comportamentale per l'insonnia può essere attuato sia in forma individuale che di gruppo, e vi sono alcuni studi che presentano i risultati di altre forme di trattamento, ad esempio tramite Internet o autosomministrato con audiocassette o per telefono (Morin 2007). I vantaggi e i limiti sono quelli comuni alle diverse situazioni.

La terapia individuale può essere personalizzata in base alle specifiche esigenze e particolarità del paziente, sia rispetto all'ordine con cui si possono proporre i diversi moduli dell'intervento, sia rispetto all'opportunità di proporli tutti o escluderne alcuni. Vedendo il paziente singolarmente, inoltre, è possibile affrontare anche problemi correlati al disturbo, che possono interferire con il processo terapeutico ed impedire il miglioramento del sonno. Come possibile lato negativo, oltre evidentemente al maggior costo, vi è quello che la terapia indirizzata all'insonnia potrebbe venire rallentata dal trattamento di altri aspetti che il paziente porta in seduta.

La terapia di gruppo, che ha un migliore rapporto costi-benefici rispetto all'individuale, presenta una serie di aspetti positivi. I pazienti possono rendersi conto di non essere soli, e condividere il proprio problema con gli altri partecipanti; il gruppo può diventare una sorta di rete di sostegno sociale; i pazienti più diligenti nel seguire le indicazioni del terapeuta possono servire da stimolo e da esempio per gli altri; infine, il fatto di trovarsi in gruppo impedisce di soffermarsi troppo su questioni personali, che esulano dal trattamento dell'insonnia. Il numero ottimale di partecipanti va da cinque ad otto, perché avere gruppi più numerosi impedisce di focalizzarsi sui diari del sonno di tutti, rende più difficile partecipare intervenendo, e può creare maggiore imbarazzo e soggezione tra i membri. È inoltre opportuno che vi sia una certa omogeneità tra i partecipanti del gruppo, soprattutto in termini di diagnosi di insonnia primaria (più indicata per il trattamento in questa forma) o secondaria. Quest'ultima può creare più problemi perché, nel momento in cui vi sono comorbilità importanti, diventa difficile rendere le sedute adattabili a tutti i pazienti. I partecipanti al gruppo dovrebbero iniziare e terminare tutti nello stesso momento, facendo lo stesso numero di incontri.

Dati recenti di letteratura hanno mostrato che la relazione terapeutica e le aspettative dei pazienti rispetto a cosa possono ottenere dalla terapia hanno un peso importante nell'efficacia dell'intervento, e che il fatto che i pazienti abbiano aspettative meno elevate e stabiliscano però una migliore alleanza con il terapeuta porta ad avere risultati migliori; un terapeuta percepito come molto critico, invece, può essere motivo di abbandono del gruppo (Constantino et al. 2007).

La terapia di gruppo è stata usata anche con pazienti affetti da malattie mentali gravi, ottenendo dei risultati positivi a livello di trattamento dell'insonnia, nelle capacità di generalizzare quanto appreso, nell'aumentato senso di autocontrollo e autoefficacia e nell'ottenere supporto dal gruppo per migliorare le proprie abilità (Dopke et al. 2004).

Forme alternative, come si diceva, prevedono l'utilizzo di video, Internet, sedute telefoniche, o anche uno o due incontri seguiti dall'utilizzo di un manuale di auto-aiuto.

Sebbene queste forme non permettano di ottenere gli stessi risultati che si hanno quando i pazienti vengono seguiti da un professionista, vi sono ricerche che mostrano come anche in queste situazioni si possano ottenere dei benefici, soprattutto nel caso di pazienti molto motivati e che presentano un problema

di insonnia senza altre complicazioni importanti (Bastien et al. 2004; Green et al. 2005; Jansson & Linton 2005; Rybarczyk et al. 2005).

Parametri del trattamento

Il protocollo elaborato da Morin (Morin & Espie 2004) prevede una durata da sei a dieci incontri, con cadenza settimanale. I primi due incontri dovrebbero riguardare la valutazione clinica, e contemporaneamente per due settimane va tenuto il diario del sonno. I successivi incontri costituiscono le sedute terapeutiche. Se dopo i primi incontri si ottengono buoni risultati, si può decidere di diminuire la frequenza a una seduta ogni due settimane, mentre nel caso di pazienti che continuino ad avere difficoltà di sonno dopo le dieci sedute è bene proseguire il trattamento, eventualmente distanziando gli incontri.

Nel caso di pazienti che presentino patologie concomitanti di tipo medico o psicopatologico, il trattamento dell'insonnia va spostato a dopo aver trattato questi altri problemi solo nel caso in cui queste condizioni possano compromettere il risultato del trattamento.

Le sedute di terapia individuale dovrebbero durare intorno ai 50 minuti, mentre quelle di terapia di gruppo dovrebbero essere di circa 90 minuti.

L'organizzazione di ogni seduta, per quanto varino i contenuti, dovrebbe essere strutturata come segue:

- esaminare il diario del sonno, chiedendo al paziente di darne un'interpretazione, al fine di aumentare la consapevolezza dei fattori che possono favorire o ostacolare il sonno;
- valutare la compliance nei confronti delle procedure cliniche e dei compiti assegnati;
- identificare le difficoltà incontrate durante la pratica a casa e le strategie per promuovere l'aderenza al trattamento: nel caso in cui si verifichi un problema in questo senso, cercare delle soluzioni concrete per risolverlo;
- presentare un nuovo elemento terapeutico ed il suo fondamento razionale;
- illustrare del materiale didattico a sostegno di tale elemento, e possibilmente fornire del materiale scritto che serva da promemoria;
- passare in rassegna gli incarichi da svolgere a casa durante la settimana successiva, dei quali sarebbe bene fornire un riassunto scritto.

Dal momento che la compliance del paziente è fondamentale per ottenere dei buoni risultati, è importante prestare particolare attenzione all'aderenza al trattamento.

Vi sono alcuni fattori che permettono di aumentarla. Innanzitutto è importante fornire un intervento flessibile, basato sulle risposte al paziente, cercando però di condurre l'intervento nel modo più rigoroso possibile, evitando che la personalizzazione dell'intervento porti ad eliminare elementi efficaci della terapia. Se ad esempio può essere vero che non per tutti il rilassamento ha un effetto importante, non si può però esimersi dal portare avanti il controllo dello stimolo, che dalle ricerche cliniche è risultato sempre associato a buoni risultati. Può esservi la tendenza ad omettere quelle componenti che risultano più

scomode al paziente; è opportuno invece fare un lavoro preparatorio per superare la resistenza del paziente. Si deve stabilire una buona relazione terapeutica, che tenga presente la gravità e l'influsso negativo del problema sulla vita del paziente. In ogni seduta il lavoro deve essere focalizzato e diretto, deve essere molto chiaro a tutti su cosa si è lavorato e ciò di cui si è discusso, quali sono gli accordi presi, e quali le azioni da intraprendere. È fondamentale avere sempre presente quanto il paziente è interessato e disposto ad attuare un cambiamento, sia in generale sia in relazione agli obiettivi specifici del programma, e fare il possibile per aumentare l'aderenza al trattamento. I progressi vanno sempre valutati in collaborazione con il paziente: si può dover ammettere che non si sono fatti grossi passi in avanti, e quindi prevedere una certa rielaborazione. Il problema non deve mai essere sottostimato, e proprio le difficoltà che si possono incontrare nel tentativo di mettere in atto un cambiamento sono un segnale della gravità del disturbo; bisogna quindi essere preparati ad insistere negli interventi. Infine, è importante trasmettere al paziente entusiasmo e dargli coraggio, fornendo anche dati relativi ai successi della terapia cognitivo comportamentale nel risolvere il problema dell'insonnia.

Conclusioni

Una revisione sistematica della letteratura relativa alla TCC per l'insonnia (Wang et al. 2005) dimostra che questo trattamento porta a cambiamenti significativi nei parametri relativi al sonno per i partecipanti agli studi con insonnia primaria cronica, e che il trattamento completo è superiore ad un trattamento effettuato con singole componenti, come il training di rilassamento, i programmi psicoeducativi, la farmacoterapia e altri trattamenti placebo.

In particolare grazie alla TCC si hanno importanti modificazioni nelle credenze e nelle attitudini verso il sonno, si può ridurre l'assunzione di farmaci senza che questo comporti un deterioramento nel sonno, nel livello di ansia o di depressione e l'effetto del trattamento dura a lungo nel tempo, mentre gli interventi con i farmaci hanno efficacia più breve; tutto questo non porta solo a un miglioramento nei sintomi, ma aumenta anche il senso di controllo del paziente rispetto ai problemi di sonno. Inoltre sembra che la depressione lieve possa migliorare grazie al trattamento dell'insonnia con TCC (Taylor et al. 2007), e che persone affette da PTSD, già curate efficacemente con la TCC, possano – nel caso in cui mantengano l'insonnia, anche slegata da incubi, dopo il trattamento – trarre importanti benefici dalla TCC-I (Zayfert & DeViva 2004; DeViva et al. 2005). Anche rispetto all'insonnia in comorbilità con molti altri disturbi di origine psichiatrica e medica, i dati disponibili indicano che la TCC-I permette di ottenere risultati abbastanza buoni, anche se non vi sono ancora molte ricerche effettuate in caso di insonnia secondaria (Smith et al. 2005).

Smith e Perlis (Smith & Perlis 2006), date le numerose prove che dimostrano che la TCC è efficace per trattare l'insonnia, propongono un algoritmo per selezionare i pazienti che possono essere sottoposti a questa terapia (Figura 2), tenendo conto di diversi aspetti:

- a) se i soggetti lamentano difficoltà nell'iniziare o mantenere il sonno (DIMS) che causano un pesante distress o creano seri problemi diurni, ad un punto tale per cui ha senso applicare il trattamento. Vanno inclusi i pazienti che lamentano questi problemi anche da un periodo di tempo breve, nel qual caso la TCC potrebbe essere intesa come intervento di profilassi, mentre vanno esclusi i pazienti che lamentano sonno non ristoratore, in assenza delle difficoltà sopra descritte, perché non ci sono sufficienti prove che indichino che la TCC è efficace in queste situazioni;
- b) se queste difficoltà non sono dovute ad alterazioni nei ritmi circadiani, come la fase del sonno ritardata o anticipata, poiché in questo caso esistono terapie (come la fototerapia o altri interventi crono-biologici) più efficaci. Se si ha una lieve forma di disregolazione crono-biologica in pazienti con insonnia, si possono abbinare i due diversi trattamenti (Lack et al. 1995);
- c) se queste difficoltà non sono dovute a una malattia fisica o psichiatrica instabile o non diagnosticata, perché in questo caso può essere che l'insonnia se ne vada quando passa la fase acuta della malattia, o se il disturbo primario impedisce, nella fase acuta, al paziente di applicarsi con profitto alla TCC (ad esempio nel caso di depressione grave), o infine se si sospetta che la TCC o qualche sua componente potrebbe aggravare la malattia.

Sebbene la TCC per l'insonnia sia considerata del tutto priva di rischi e con effetti collaterali minimi, alcune componenti possono risultare dannose per certe categorie di pazienti.

Il controllo dello stimolo, che prevede che il paziente si alzi dal letto se non riesce ad addormentarsi in 15/20 minuti, può essere difficile da eseguire, o anche dannoso, nel caso di pazienti fragili, con problemi di mobilità, o con condizioni mediche che portano ad un aumentato rischio di cadute.

La restrizione del sonno può aggravare alcune condizioni preesistenti, come l'epilessia, il disturbo bipolare, parasonnie o altri disturbi associati ad eccessiva sonnolenza diurna.

Il rilassamento è risultato associato a una reazione paradossale di ansia nel 15% dei casi (Heide & Borkovec 1983), anche se non è chiaro in che tipologia di pazienti questo avvenga.

Nonostante vi siano alcune componenti della TCC-I che possono risultare controindicate per alcuni pazienti, si deve considerare che è insolito che tutte le parti che compongono il trattamento siano controindicate per un particolare paziente, e questo è un aspetto incoraggiante, considerando che vi sono prove che dimostrano che – a parte il rilassamento, che è efficace, ma non tanto quanto le altre componenti – non c'è molta differenza nell'efficacia delle varie parti principali della TCC rispetto alle misure soggettive del sonno (Irwin et al. 2006).

Un ultimo aspetto da considerare per decidere se un paziente può trarre giovamento dalla TCC-I è se vi siano comportamenti maladattivi o stati di attivazione che interferiscono con il sonno, e che perpetuano il problema dell'insonnia. Nel caso in cui siano presenti tutti gli altri aspetti che vedono il paziente come un buon candidato per la terapia, ma non si abbiano comportamenti maladattivi o *iperarousal*, si deve

valutare se non ci sia un'altra condizione medica (incluso un diverso disturbo del sonno) o psichiatrica che sottostanno al problema. In questi casi potrebbe essere più indicato il trattamento farmacologico.

In conclusione, dai dati delle ricerche condotte nell'arco di molti anni, si può affermare che la TCC-I è un intervento efficace per il trattamento dell'insonnia in generale ed è applicabile alla maggioranza dei pazienti. È auspicabile che la sua pratica venga diffusa e riconosciuta, in particolare dai medici di medicina generale, solitamente i primi a venire a conoscenza di questi problemi, ed anche che una maggiore consapevolezza rispetto al disturbo porti chi ne soffre a chiedere aiuto, in modo tale da ridurre i costi che l'insonnia comporta, sia rispetto alla Sanità, che all'ambito lavorativo, che, ovviamente, alla qualità della vita.

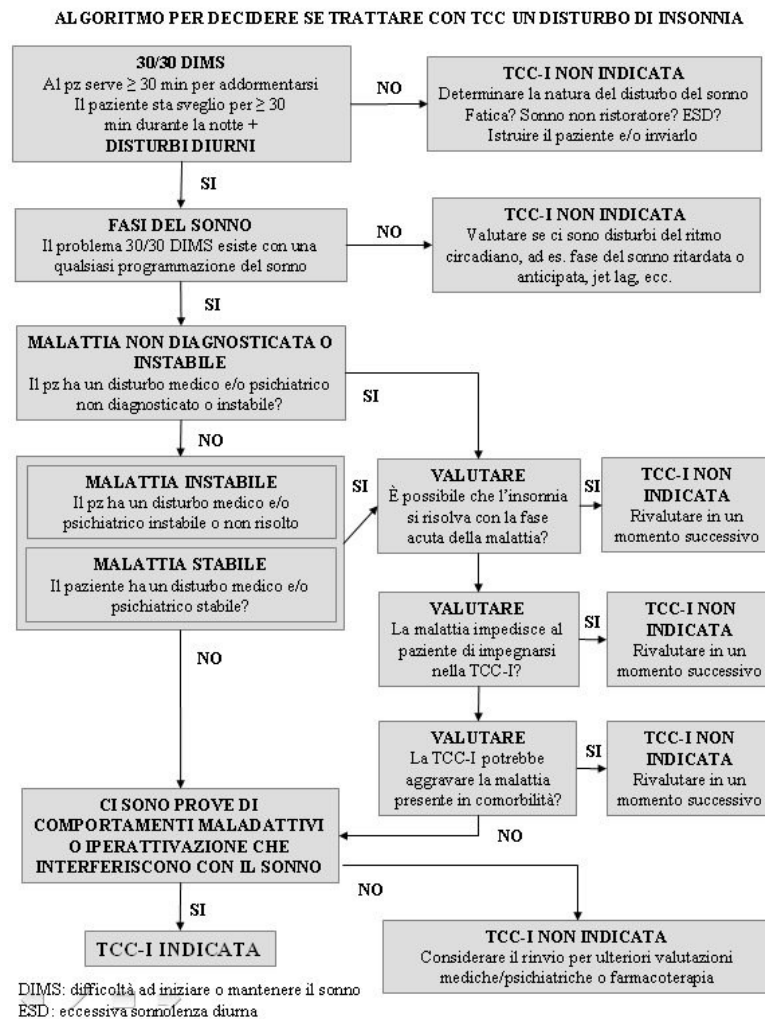


Figura 2. Tradotta e adattata da Smith e Perlis (Smith & Perlis 2006)

Diario del sonno

Istruzioni al paziente

Questo diario del sonno è stato ideato per fornire una registrazione della Sua esperienza riguardo al sonno e dell'utilizzo che fa di farmaci o alcool per favorire il sonno. Come vedrà, è possibile registrare le informazioni su sette notti, una settimana, in un unico modulo. Per favore, compili una colonna del diario ogni mattina, subito dopo essersi alzato. Si prenda qualche minuto per farlo, cercando di essere il più preciso possibile. Pur fornendo la valutazione più accurata possibile, cerchi di non prendere l'abitudine di guardare l'orologio durante la notte.

Nome _____

Settimana _____

Misurazione del pattern del sonno

	1	2	3	4	5	6	7
	giorno	giorno	giorno	giorno	giorno	giorno	giorno
1. A che ora si è alzato questa mattina?							
2. A che ora è andato a letto ieri sera?							
3. Quanto tempo ha impiegato per addormentarsi?							
4. Quante volte si è svegliato durante la notte?							
5. Quanto tempo è rimasto sveglio durante la notte?							
6. Quanto tempo ha dormito in tutto (ore/minuti)?							
7. Quanto alcool ha assunto ieri sera?							
8: Quante pillole per dormire ha preso?							

Misurazione della qualità del sonno

1. Quanto si sente riposato questa mattina?							
0 1 2 3 4							
Per nulla Moderat. Molto							
1. Quanto è stato piacevole il sonno la scorsa notte?							
0 1 2 3 4							
Per nulla Moderat. Molto							

Riservato al terapeuta

SOL	WAKE	WASO	TST	TIB	SE

Inserire negli appositi riquadri i valori medi per le variabili:

SOL, latenza dell'esordio del sonno (domanda 3)

WAKE, numero dei risvegli (domanda 4)

WASO, tempo di veglia dopo l'esordio del sonno (domanda 5)

TST, periodo totale di sonno (domanda 6)

TIB, tempo trascorso a letto (domanda 2 meno domanda 1)

SE, efficienza del sonno (TST diviso per TIB, moltiplicato per 100).

Da: Bootzin, R. R. & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, 3, 107-126.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Rev.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text Rev.)*. Washington, DC.
- American Sleep Disorders Association (1997). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual Revised*. MN: American Sleep Disorders Association.
- Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., Kuhl, H. C., & Schwander, J. (2007a). Increased nocturnal activity associated with adverse childhood experiences in patients with primary insomnia. *J.Nerv.Ment.Dis.*, *195*, 588-595.
- Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007b). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *J.Sleep Res.*, *16*, 285-296.
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J. P., Gregoire, J. P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: A randomized trial. [References]. *Canadian Medical Association Journal*, *169*, 1015-1020.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.*, *2*, 297-307.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behav.Sleep Med.*, *2*, 50-62.
- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: Comparison of Individual Therapy, Group Therapy, and Telephone Consultations. [References]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 653-659.
- Bonnet, M. H. & Arand, D. L. (2003). Situational insomnia: consistency, predictors, and outcomes. *Sleep.*, *26*, 1029-1036.
- Bootzin, R. R. & Engle-Friedman, M. (1981). The assessment of insomnia. *Behavioral Assessment*, *3*, 107-126.
- Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. (1991). Stimulus control instructions. In PJ Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum Press.
- Bootzin, R. R., Kihlstrom, J. F., & Schacter, D. L. (1990). Sleep and cognition. *Sleep and cognition*.ix., *211*.pp.Washington, DC., US.: American.Psychological.Association., American.

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Kupfer, D. J., Thorpy, M. J., Bixler, E., Manfredi, R., Kales, A., Vgontzas, A., Stepanski, E., & Roth, T. (1994). Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. *Sleep, 17*, 630-637.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res., 28*, 193-213.
- Carney, C. E. & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep, 29*, 444-453.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P., & Spiegel, R. (1976). Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *Am.J.Psychiatry., 133*, 1382-1388.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Roth, T., Westbrook, P. R., & Keenan, S. (1986). Guidelines for the multiple sleep latency test (MSLT): a standard measure of sleepiness. *Sleep, 9*, 519-524.
- Cervena, K., Dauvilliers, Y., Espa, F., Touchon, J., Matousek, M., Billiard, M., & Besset, A. (2004) Effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sleep architecture and sleep EEG power spectra in psychophysiological insomnia. [References]. *Journal of Sleep Research* 13[4], 385-393..
- Chesson, A. L., Jr., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep, 22*, 1128-1133.
- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J. S., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behav.Sleep Med., 5*, 210-228.
- Coradeschi, D., Novara, C., & Morin, C. M. (2000). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire: Italian version and reliability analysis. [Italian]. [References]. *Psicoterapia.Cognitiva.e.Comportamentale.Vol.6.(1)*, -44.
- Creti, L., Libman, E., Bailes, S., & Fichten, C. S. (2005). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Insomnia Treatment in a Community Sample of Older Individuals: More Questions than Conclusions. [References]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 12*, 153-164.
- Currie, S. R., Clark, S., Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for insomnia in recovering alcoholics. [References]. *Addiction, 99*, 1121-1132.

- DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of Residual Insomnia After CBT for PTSD: Case Studies. [References]. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 155-159.
- Dixon, S., Morgan, K., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2006). Impact of cognitive behavior therapy on health-related quality of life among adult hypnotic users with chronic insomnia. [References]. *Behavioral Sleep Medicine, 4*, 71-84.
- Dopke, C. A., Lehner, R. K., & Wells, A. M. (2004). Cognitive-behavioral group therapy for insomnia in individuals with serious mental illnesses: A preliminary evaluation. [References]. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*, 235-242.
- Edinger, J. D., Fins, A. I., Glenn, D. M., Sullivan, R. J., Jr., Bastian, L. A., Marsh, G. R., Dailey, D., Hope, T. V., Young, M., Shaw, E., & Vasilas, D. (2000). Insomnia and the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal of Consulting. & Clinical Psychology. 68(4):586-93..*
- Edinger, J. D. & Fins, A. I. (1995). The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions among insomniacs. *Sleep: Journal of Sleep Research. & Sleep Medicine. Vol.18(4) May., -239.*
- Edinger, J. D. & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. [References]. *Clinical Psychology Review, 25*, 539-558.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu.Rev.Psychol., 53:215-43., 215-243.*
- Espie, C. A. (1991). *The psychological treatment of insomnia*. Chichester, United Kingdom.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav.Res.Ther., 39*, 45-60.
- Estivill, E., Bove, A., Garcia-Borreguero, D., Gibert, J., Paniagua, J., Pin, G., Puertas, F. J., & Cilveti, R. (2003). Consensus on drug treatment, definition and diagnosis for insomnia. *Clin Drug Investig., 23*, 351-385.
- Green, A., Hicks, J., Weekes, R., & Wilson, S. (2005). A Cognitive-Behavioural Group Intervention for People with Chronic Insomnia: An Initial Evaluation. [References]. *British Journal of Occupational Therapy, 68*, 518-522.
- Gross, R. T. & Borkovec, T. D. (1982). Effects of a cognitive intrusion manipulation on the sleep-onset latency of good sleepers. *Behavior Therapy. Vol.13(1) Jan., -116.*
- Harvey, A. G. (2000a). Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br.J.Clin.Psychol., 39 (Pt 3), 275-286.*
- Harvey, A. G. (2000b). Sleep hygiene and sleep-onset insomnia. *J.Nerv.Ment.Dis., 188*, 53-55.

- Harvey, A. G. & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *J.Behav.Ther.Exp.Psychiatry*, 34, 11-23.
- Harvey, A. G. & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behav.Res.Ther.*, 40, 267-277.
- Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behav.Res.Ther.*, 45, 2491-2501.
- Harvey, A. G. (2003). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. [References]. *Cognitive.Therapy.and Research.Vol.27.(4) Aug.*, -414.
- Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. [References]. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611.
- Harvey, K. J. & Espie, C. A. (2004). Development and preliminary validation of the Glasgow Content of Thoughts Inventory (GCTI): a new measure for the assessment of pre-sleep cognitive activity. *Br.J.Clin.Psychol.*, 43, 409-420.
- Hauri, P. J. & Wisbey, J. (1992). Wrist actigraphy in insomnia. *Sleep*, 15, 293-301.
- Haynes, S. N., Adams, A., & Franzen, M. (1981). The effects of presleep stress on sleep-onset insomnia. *J.Abnorm.Psychol.*, 90, 601-606.
- Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosom.Med.*, 43, 439-451.
- Heide, F. J. & Borkovec, T. D. (1983). Relaxation-induced anxiety: paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *J.Consult Clin.Psychol.*, 51, 171-182.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol.*, 25, 3-14.
- Jansson, M. & Linton, S. J. (2005). Cognitive-Behavioral Group Therapy as an Early Intervention for Insomnia: A Randomized Controlled Trial. [References]. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 177-190.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Kales, A., Caldwell, A. B., Soldatos, C. R., Bixler, E. O., & Kales, J. D. (1983). Biopsychobehavioral correlates of insomnia. II. Pattern specificity and consistency with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Psychosom.Med.*, 45, 341-356.
- Kazarian, S. S., Howe, M. G., & Csapo, K. G. (1979). Development of the Sleep Behavior Self-Rating Scale. *Behavior.Therapy.Vol.10(3) Jun.*, -417.

- Lack, L., Wright, H., & Paynter, D. (1995). The treatment of sleep onset insomnia with morning bright light. *Sleep Research*, 24A, 338.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York.
- Lacks, P. & Rotert, M. (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behav.Res.Ther.*, 24, 365-368.
- Lalli, N. & Fionda, A. (1994). Clinica degli altri disturbi del sonno. In Liguori Editore (Ed.), *L'altra faccia della luna. Il mistero del sonno. I problemi dell'insonnia* (Napoli.
- Lichstein, K. L. & Fischer, S. (1985). Insomnia. In M.Hersen & AS Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 319-352). New York: Plenum Press.
- Lichstein, K. L. & Morin, C. M. (2000). *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousand Oaks, CA.
- Lichstein, K. L. & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *J.Abnorm.Psychol.*, 89, 105-107.
- Means, M. K., Edinger, J. D., Glenn, D. M., & Fins, A. I. (2003). Accuracy of sleep perceptions among insomnia sufferers and normal sleepers. *Sleep Med.*, 4, 285-296.
- Mendelson, W. B. (2007). Combining pharmacologic and nonpharmacologic therapies for insomnia. *J.Clin.Psychiatry*, 68 Suppl 5, 19-23.
- Merica, H., Blois, R., & Gaillard, J. M. (1998). Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. *Eur.J.Neurosci.*, 10, 1826-1834.
- Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal.Psychology*.72.(3):255.-64..
- Morin, C. M. (1994). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: Preliminary scale development and description. *The Behavior Therapist*, 17, 163-164.
- Morin, C. M. (2007). Cognitive-behavioral management of insomnia: recent advances and innovations. *Sleep Medicine, Suppl 8*, S5-S9.
- Morin, C. M. (2006). Combined therapeutics for insomnia: Should our first approach be behavioral or pharmacologic? *Sleep Medicine, 7S1*, S15-S19.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 281, 991-999.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130.
- Morin, C. M. (2004). Cognitive-Behavioral Approaches to the Treatment of Insomnia. [References]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 33-40.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, NY, US.

- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallieres, A. (2004). Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. [References]. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 332-342.
- Morin, C. M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallieres, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: A survival analysis of relapse. [References]. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1-14.
- Morin, C. M. & Espie, C. A. (2004). *Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment. "Insomnia. Guida alla valutazione e all'intervento psicologico."*
- Nau, S. D., McCrae, C. S., Cook, K. G., & Lichstein, K. L. (2005). Treatment of insomnia in older adults. [References]. *Clinical Psychology Review*, *25*, 645-672.
- Nelson, J. & Harvey, A. G. (2002). The differential functions of imagery and verbal thought in insomnia. *J.Abnorm.Psychol.*, *111*, 665-669.
- Nissen, C., Kloepfer, C., Nofzinger, E. A., Feige, B., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2006). Impaired sleep-related memory consolidation in primary insomnia--a pilot study. *Sleep.*, *29*, 1068-1073.
- Pancheri, P., Brugnoli, R., Cirignotta, F., Ferini-Strambi, L., Muscettola, G., Rossi, A., & Terzano, M. (2007). Disturbi psichiatrici e alterazioni del sonno: i risultati di una survey. *Giornale Italiano di psicopatologia.Italian Journal of Psychopathology*, *13*, 1-24.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., Andrews, P. J., Orff, H., & Giles, D. E. (2001). Beta/Gamma EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and good sleeper controls. *Sleep.*, *24*, 110-117.
- Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastatic breast cancer. *J.Consult Clin.Psychol.*, *71*, 189-200.
- Riedel BW & Lichstein, K. L. (2000). Insomnia and daytime functioning. *Sleep Med.Rev.*, *4*, 277-298.
- Robertson, J. A., Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2007). Prospective comparison of subjective arousal during the pre-sleep period in primary sleep-onset insomnia and normal sleepers. *J.Sleep Res.*, *16*, 230-238.
- Rosa, R. R. & Bonnet, M. H. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosom.Med.*, *62*, 474-482.
- Roth, T., Kramer, M., & Lutz, T. (1976). The nature of insomnia: a descriptive summary of a sleep clinic population. *Compr.Psychiatry.*, *17*, 217-220.
- Rybarczyk, B., Lopez, M., Schelble, K., & Stepanski, E. (2005). Home-Based Video CBT for Comorbid Geriatric Insomnia: A Pilot Study Using Secondary Data Analyses. [References]. *Behavioral Sleep Medicine*, *3*, 158-175.

- Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P., & Davis, A. (2005). A Placebo-Controlled Test of Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Insomnia in Older Adults. [References]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1164-1174.
- Sadeh, A., Hauri, P. J., Kripke, D. F., & Lavie, P. (1995). The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*, 18, 288-302.
- Sanavio, E. (2005). *Come vincere l'insonnia*. Firenze.
- Savard, J., Laroche, L., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosom.Med.*, 65, 211-221.
- Schneider-Helmert, D. (2007). Asymptomatic insomnia. *Sleep Med.*, 8, 107-110.
- Semler, C. N. & Harvey, A. G. (2004b). An investigation of monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Behav.Res.Ther.*, 42, 1403-1420.
- Semler, C. N. & Harvey, A. G. (2004a). Monitoring for sleep-related threat: a pilot study of the Sleep Associated Monitoring Index (SAMI). *Psychosom.Med.*, 66, 242-250.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H., & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA.*, 295, 2851-2858.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. [References]. *Clinical Psychology Review*, 25, 559-592.
- Smith, M. T. & Perlis, M. L. (2006). Who Is a Candidate for Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia? [References]. *Health Psychology*, 25, 15-19.
- Spielman AJ & Anderson MW (1999). The clinical interview and treatment planning as a guide to understanding the nature of insomnia: the CCNY Interview for Insomnia. In S.Chokroverty (Ed.), *Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations and clinical aspects (2nd Edition)* (pp. 385-426). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Spielman AJ & Glovinsky PB (1991). The varied nature of insomnia. In P.Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 1-15). New York: Plenum Press.
- Stepanski, E., Zorick, F., Roehrs, T., Young, D., & Roth, T. (1988). Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep.*, 11, 54-60.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28, 1457-1464.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., Sanford, S., & Temple, J. R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behav.Ther.*, 38, 49-57.

- Terzano, M. G., Cirignotta, F., & Sommacal, S. (2004a). Studio Morfeo 2: [sleep dissatisfaction and insomnia in a primary care setting]¹. *Sleep*, 27, 574A.
- Terzano, M. G., Parrino, L., Cirignotta, F., Ferini-Strambi, L., Gigli, G., Rudelli, G., & Sommacal, S. (2004b). Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med.*, 5, 67-75.
- Terzano, M. G., Cirignotta, F., Mondini, S., Ferini-Strambi, L., & Parrino, L. (2006). Studio Morfeo 2: survey on the management of insomnia by Italian general practitioners. *Sleep Med.*, 7, 599-606.
- Terzano, M. G., Parrino, L., Bonanni, E., Cirignotta, F., Ferrillo, F., Gigli, G. L., Savarese, M., & Ferini-Strambi, L. (2005). Insomnia in general practice : a consensus report produced by sleep specialists and primary-care physicians in Italy. *Clin. Drug Investig.*, 25, 745-764.
- Tjepkema, M. (2005). Insomnia. *Health Rep.*, 17, 9-25.
- Trajanovic, N. N., Radivojevic, V., Kaushansky, Y., & Shapiro, C. M. (2007). Positive sleep state misperception - a new concept of sleep misperception. *Sleep Med.*, 8, 111-118.
- Vallieres, A., Morin, C. M., & Guay, B. Sequential combinations of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: An exploratory study. [References]. *Behaviour Research and Therapy* 43[12], 1611-1630. 2005.
- Ref Type: Generic
- Vallieres, A., Morin, C. M., Guay, B., Bastien, C. H., & LeBlanc, M. (2004). Sequential Treatment for Chronic Insomnia: A Pilot Study. [References]. *Behavioral Sleep Medicine*, 2, 94-112.
- Vizioli R (1982). Insonnia in neurologia e psichiatria. In Edizioni A Delfino (Ed.), *Il sonno e le insonnie*, Roma.
- Wang, M. Y., Wang, S. Y., & Tsai, P. S. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: A systematic review. [References]. *JAN Journal of Advanced Nursing*, 50, 553-564.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zayfert, C. & DeViva, J. C. (2004). Residual Insomnia Following Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 69-73.

Dott.ssa Laura Grigoletti
Ospedale Policlinico "G.B. Rossi", Verona
Specializzato APC Verona, Training B. Barcaccia, A. Nisi
e – mail: laura.grigoletti@tiscali.it