

Il circolo vizioso dell'insonnia

Elisa Meraglia¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Treviso

Riassunto

Il presente lavoro descrive uno dei disturbi più diffusi nella popolazione generale: l'insonnia. Tale disturbo ha un impatto negativo sul benessere individuale e sociale, a volte portando alla riduzione della produttività nei luoghi di lavoro. Spesso l'insonnia è conseguente a periodi di stress, come è avvenuto per Marco, il caso descritto in seguito.

Tale caso evidenzia come la preoccupazione del paziente rispetto alla perdita e qualità del sonno portano ad una ruminazione eccessiva nel momento in cui ci si reca a letto, in particolare sulle conseguenze sul giorno successivo, sulle prestazioni al lavoro, determinando così uno stato d'ansia. Si crea in tal modo un circolo vizioso che alimenta l'insonnia stessa determinando la comparsa di emozioni a contenuto negativo come l'ansia o la paura che perpetuano a loro volta l'insonnia.

Attraverso questo caso, inoltre, si descrivono brevemente gli interventi principali per il trattamento cognitivo comportamentale dell'insonnia, come il Controllo degli Stimoli, la Restrizione di Sonno, psicoeducazione al Sonno, all'Insonnia e all'Igiene del Sonno. In seguito all'uso di tali tecniche, oggi Marco presenta una ridotta latenza del sonno, sono assenti i risvegli notturni ed è aumentata la media del sonno, il tutto ha influenzato positivamente il suo umore e il suo rendimento al lavoro.

Parole chiave: Schizofrenia- Insonnia- Ruminazione- Stato d'ansia- Circolo vizioso- Controllo dello stimolo- Restrizione di sonno- Psicoeducazione- Igiene del sonno.

“The Vicious Circle of Insomnia”: The Marco’s Case

Summary

This clinical case describes one of the most common disorders in the general population: insomnia. This disturbance has a negative impact on individual and social well-being, sometimes resulting in reduced productivity at workplaces. Insomnia is often a result of a period of stress, as happened to Marco, the case described below. This case highlights how the patient's concern over the loss and quality of sleep leads to excessive rumination at the time a bed, especially the consequences of the next day, on performance at work causes anxiety. This creates a vicious circle that feeds insomnia itself, resulting in the appearance of negative emotion such as anxiety or fear, that perpetuate insomnia in turn.

Through this case, the main interventions for cognitive behavioral cure for insomnia, such as Stimulus Control, Restriction Source, Psycho-Education at Sleep, Insomnia and Sleep Hygiene, are briefly described. Following the use of such techniques, today Marco has a reduces latency of sleep, nocturnal awakenings are

absent and the average of sleep is increased; all has a positive influence on his mood and his performance at work.

Key words: Schizofrenia- Insomnia- Rumination- Anxiety- Vicious Circle- Control of the stimulus- Sleep Restriction- Psychoeducation- Sleep Hygiene

1. Analisi della richiesta e presentazione del caso

Marco è originario della Campania ma da anni si è trasferito con la moglie e la figlia di 7 anni nel Veneto.

La sofferenza lamentata dal paziente è riferibile ad un disturbo del sonno, secondo il DSM V, caratterizzato da risvegli verso la parte centrale della notte, diverse volte a settimana. Il problema è presente da Settembre 2015; nel Gennaio del 2016, su suggerimento del medico di base, è stata effettuata una prima visita neurologica con esito negativo per patologie mediche. Da allora ha iniziato una cura farmacologica: prima Lerndormin ½ cp/die, da tra mesi sostituita con Trittico 60 mg/ml 25 gocce prima di coricarsi.

Il primo incontro con Marco avviene a Febbraio 2017 su consiglio dello psichiatra del CSM, il quale gli suggerisce una psicoterapia breve.

Marco è un uomo di 50 anni, ben curato nell'aspetto, adeguato nel modo di porsi e rispettoso nei turni della conversazione. Sostiene di dormire sempre male e di veder per questo limitate le sue capacità fisiche e mentali durante tutta la giornata. In particolare Marco riferisce che il suo "poco sonno" influenza fortemente il suo rendimento al lavoro. Manifesta fin da subito il suo scetticismo nei confronti dei risultati che può dare la psicoterapia e mi chiede quante sedute saranno necessarie, precisando che è stata la moglie a "costringerlo" ad iniziare tale percorso.

2. Descrizione del problema

Marco è un avvocato della pubblica amministrazione da tre anni, prima svolgeva attività di libera professione nel suo paese di origine. La decisione di fare il concorso è stata una scelta della moglie, Chiara, che lui definisce una donna molto determinata e sicura di sé. Così nel 2011 Chiara ha iscritto se stessa e Marco al concorso, nonostante lui preferisse di gran lunga la libera professione. L'hanno vinto entrambi e ora lavorano nella stessa struttura ma in uffici diversi.

Il lavoro per Marco è sempre stato molto frenetico, con diverse responsabilità che sapeva gestire in modo adeguato. Tale equilibrio viene a mancare nel periodo estivo del 2015, quando molti dipendenti della sua struttura vengono licenziati e per il paziente inizia un periodo contrassegnato da stress e conseguenti disturbi del sonno. Oltre a questo, Marco lamenta anche iperidrosi.

Quel periodo è stato caratterizzato da un aumento del carico di lavoro: “mi trovavo a dover portare avanti tante cause, non mie, che mi sottraevano via tanto tempo e energia”. Spesso si portava il lavoro a casa e continuava fino a tardi. Sentiva le competenze gravare su di lui, quindi molta pressione, e percepiva un aumento di ansia e irritabilità (“poiché non avevo sotto controllo la situazione”) soprattutto in famiglia, con la moglie, poiché al lavoro si “sforzava” di stare tranquillo e controllarsi. Da lì sono iniziati i risvegli notturni, ogni notte, e le difficoltà sul posto di lavoro, che si traducevano in una ridotta concentrazione e affaticamento soprattutto nel primo pomeriggio. Inoltre, Marco interrompe l’attività fisica in quel periodo, proprio perché si sentiva stanco e non aveva le forze necessarie. Questa stanchezza ha avuto conseguenze negative anche nel rapporto con la moglie, con la quale ha sempre meno rapporti sessuali.

In concomitanza dell’incremento di lavoro subentra per Marco il senso di preoccupazione in riferimento al padre, che vive da solo a 1000 km da lui e che inizia ad avere problemi di salute, percependo così un senso di colpa rispetto ai limiti imposti della distanza, non potendo fornire l’aiuto necessario.

Inoltre Marco descrive un episodio di attacco di panico avvenuto prima del suo trasferimento: era in macchina, in una galleria molto trafficata, “ero circondato da macchine, sarei voluto uscire da quella confusione ma non vedevo via di uscita, ricordo la forte sudorazione e il cuore che batteva forte, mi sono reso conto che non avevo la situazione sotto controllo”.

Tuttavia, questo è stato l’unico episodio di attacco di panico che Marco racconta in seduta.

3. Profilo interno del disturbo

A	B	C
Andare a letto	“se non dormo bene, domani al lavoro rischio di non essere al massimo delle mie forze, è terribile!”	Ansia/paura
	“non me lo posso permettere, ho troppe responsabilità e lavoro da svolgere, al sol pensiero sto male”	+Ansia

La preoccupazione rispetto alla perdita e qualità del sonno portano Marco ad una ruminazione eccessiva nel momento in cui si reca a letto, in particolare sulle conseguenze sul giorno successivo,

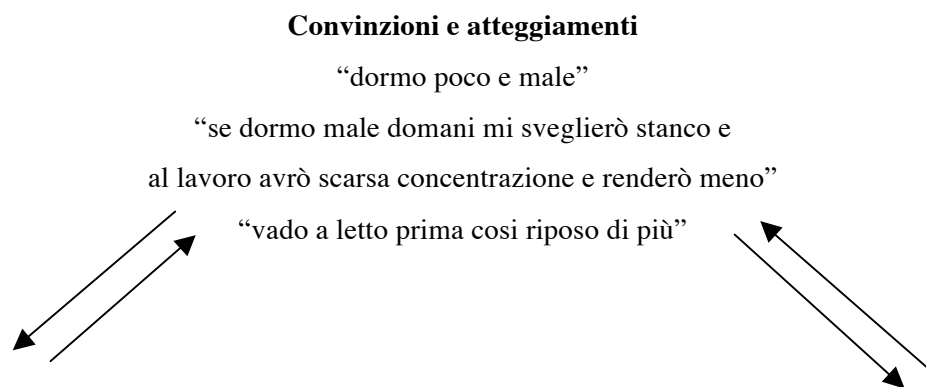
sulle sue prestazioni al lavoro, determinando in lui uno stato d'ansia dovuto a ciò che lui percepisce come "perdita di controllo".

Si crea così un circolo vizioso che alimenta l'insonnia stessa determinando la comparsa di emozioni a contenuto negativo come l'ansia o la paura che perpetuano a loro volta l'insonnia.



Figura 1: *Circolo vizioso dell'insonnia*

Condivido con Marco il seguente modello, cercando insieme a lui di adattarlo alle sue abitudini, per renderlo consapevole di cosa può ostacolare e rendere difficile il suo sonno.



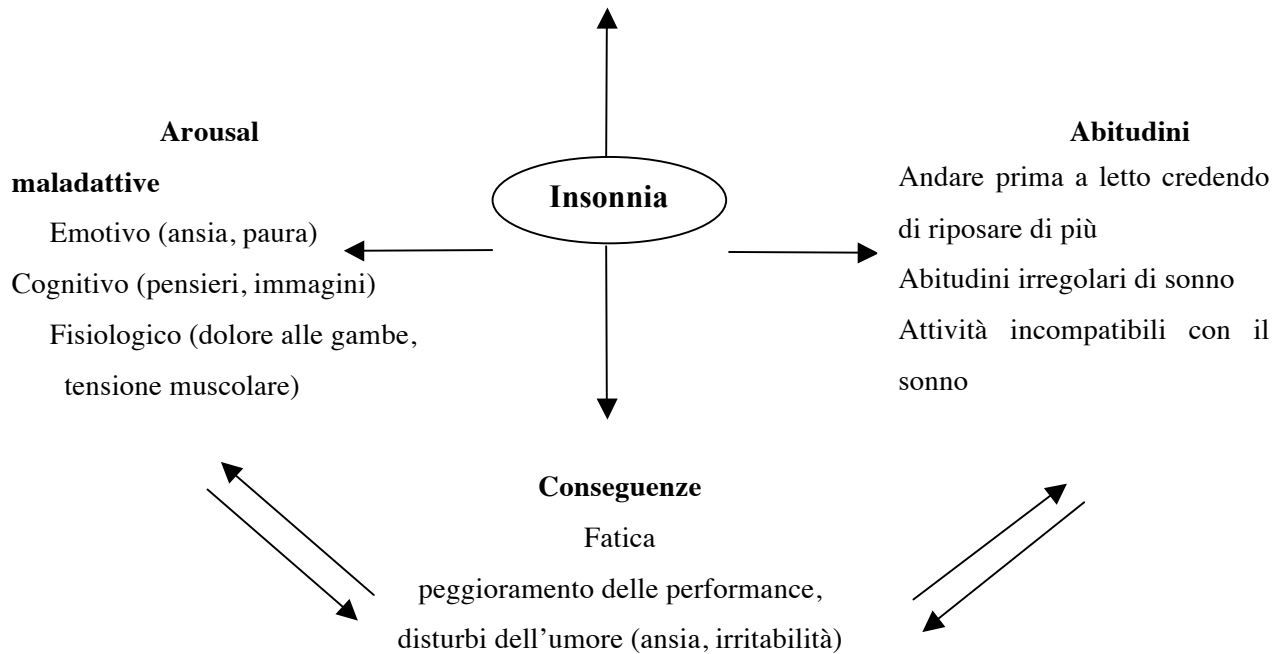


Figura 2: *Modello concettuale del mantenimento del sonno*

3. Fattori e processi di mantenimento

Poiché l'insonnia di Marco ha un andamento cronico, il paziente ha iniziato a mettere in atto delle strategie di compensazione del problema che l'hanno perpetuato. Marco presenta vari comportamenti disfunzionali che impediscono una remissione dei sintomi. Tra questi vi è la sua abitudine ad andare a letto anche senza avere lo stimolo del sonno, subito dopo aver messo a letto la figlia. Poiché sente la stanchezza della giornata, pensa in questo modo di poter riposare, e si “sforza” di dormire, rimanendo con gli occhi chiusi nel letto. Questa strategia ha portato ad una diminuzione della pressione omeostatica del sonno favorendo l'insonnia e il sonno superficiale e portando ad una condizione di hyperarousal.

Inoltre, vi è la tendenza ad assumere molta caffeina (con la speranza che lo possa aiutare ad avere una maggiore concentrazione sul lavoro), e questo, insieme all'abitudine di leggere un libro a letto prima di dormire o durante i risvegli notturni non fanno altro che intensificare il problema.

Spesso Marco, quando si sveglia di notte e non riesce più ad addormentarsi, va in salotto e prova a dormire sul divano, per non dare fastidio alla moglie. Questo determina una carenza di controllo degli stimoli che condizionano il sonno.

Inoltre, prima di avere disturbi del sonno, svolgeva regolare attività fisica che adesso ha completamente eliminato, riducendo anche in questo caso la pressione omeostatica.

Tutti questi sono dei comportamenti che Marco mette in atto pensando di incrementare le opportunità di dormire, in realtà determinano una disregolazione dell'omeostasi del sonno, favorendo un peggioramento della continuità di sonno con un allungamento della Latenza di Sonno e un incremento del Tempo di Veglia Infrasonno.

A questo si aggiungono le preoccupazioni e le ruminazioni legate al non riuscire a dormire e agli effetti di una notte insonne sulle attività del giorno dopo, alle relazioni con i colleghi, a quale strategia mettere in atto per avere risultati migliori; ciò provoca un'attivazione del sistema nervoso, che rende a sua volta difficile il sonno, generando così un circolo vizioso ("quando mi metto a letto penso: chissà se riuscirò a dormire stanotte, se così non fosse domani al lavoro sarò di nuovo KO, e rischierò di combinare dei guai"). Questo facilita un aumento di ansia in Marco che incide negativamente sul tempo di addormentamento.

4. Scompenso

Marco sostiene di non aver mai avuto problemi di sonno e che questi ultimi siano subentrati da quando, al lavoro, ci sono stati vari licenziamenti, con conseguente aumento del carico di impegni e responsabilità. Ciò ha portato ad un aumento di ansia prestazionale e forte stress e di conseguenza a risvegli notturni.

Alcuni mesi dopo Marco viene a sapere che il padre, che si trova nel suo paese di origine, inizia ad avere alcune problematiche organiche. Il paziente è molto preoccupato per questo e si sente in colpa per la sua lontananza, che non gli permette di stargli vicino e di avere la situazione sotto controllo.

5. Vulnerabilità storica e attuale

Vi è una tendenza all'iperpreoccupazione in situazioni di forte stress.

Durante il suo periodo all'università, Marco ricorda dei periodi caratterizzati da forte stress, per via della preparazione agli esami, aspetto quest'ultimo che suscitava ansia e preoccupazione di non farcela.

Sia il lavoro, che lo pone sempre in condizioni di forte stress e responsabilità, sia le condizioni di salute del padre, che si trova distante da lui e che il paziente non può controllare e aiutare come vorrebbe, lo rendono fortemente vulnerabile.

6. Terapia

Test somministrati:

- ✓ Sleep Hygiene Practice Scale
- ✓ The Insomnia Severity Index (17= insonnia clinica, media gravità)

Si concordano degli incontri a cadenza settimanale per un mese circa, salvo imprevisto durante la terapia.

Gli *obiettivi* dell'intervento sono i seguenti:

- migliorare la qualità del sonno
- regolare i ritmi sonno veglia, eliminando abitudini di sonno errate
- ridurre lo stato ansioso legato alla preoccupazione data dalla riduzione delle ore di sonno
- aumento della self efficacy

Per il raggiungimento di tali obiettivi si è proceduto con le seguenti tecniche:

- diario del sonno
- psicoeducazione al sonno, all'insonnia e all'igiene del sonno
- controllo dello stimolo
- restrizione del sonno

6.1 Diario del sonno

La prima parte del colloquio è stata dedicata a spiegare al paziente come compilare correttamente il *diario del sonno*, per consentire l'acquisizione di importanti notizie sul tipo di sonno e orientare di conseguenza la terapia. Si è proceduto alla stesura di un diario relativo al giorno precedente prendendo in considerazione tutte le variabili, consentendo così a Marco la compilazione del diario nel migliore dei modi.

L'incontro successivo è stato dedicato ad una revisione del diario, calcolando le medie relative ai dati di sonno (Latenza di Sonno, Veglia Infrasonno, Tempo Totale di Sonno, del Tempo Trascorso a Letto, l'Efficienza di Sonno, la Media del Tempo Totale di Letto e del Tempo Trascorso Fuori Dal Letto) e valutate poi con il paziente. Tale diario ha confermato che il paziente mette in atto comportamenti disadattivi e ha risvegli notturni che durano circa 30 minuti con un'efficienza del sonno inferiore al 90%.

6.2 Condivisione modello dell'insonnia di Spielman

Per rendere Marco consapevole dei fattori che possono portare ad alterare la normale omeostasi del sonno e quindi individuare insieme quali di questi siano presenti in lui, abbiamo visto insieme il modello di comportamento dell'insonnia di Spielman, da cui sono emersi i seguenti fattori:

Fattori predisponenti: Avere elevati livelli di arousal, essere rimuginativi, avere orari lavorativi sregolati.

Fattori precipitanti: Cambiamento dello stile di vita in seguito al trasferimento e aumento del carico di lavoro, elementi che hanno portato a stress.

Fattori perpetuanti: Vari comportamenti che Marco ha messo in atto per compensare l'insonnia, che come conseguenza hanno avuto un aumento del problema, come andare a letto prima per "riposare", leggere a letto per prendere sonno, andare a dormire sul divano.

Analizzando ogni situazione ho cercato di promuovere in Marco un livello di comprensione rispetto a quali comportamenti fossero sbagliati. Ad esempio, lui era convinto che leggere a letto lo avrebbe aiutato a dormire prima e che andare a letto prima gli avrebbe permesso comunque di riposare. Ho illustrato a Marco che così facendo avrebbe rafforzato tutte quelle circostanze di *condizionamento disfunzionale*, cioè l'associare il letto e la camera all'essere svegli, perdendo così tutti gli aspetti ristorativi del sonno. Per spiegare meglio ho fatto un esempio in termini di benefici e costi dicendo: "quando lei va a letto prima per riposare, in quel momento può essere così, quindi è un guadagno a breve termine, che a lungo termine porta, tuttavia, ad un costo, cioè il mantenere e rinforzare l'insonnia". Marco ha risposto: "non avevo mai pensato al condizionamento, posto in questi termini non è vantaggioso in effetti".

6.3 Restrizione del sonno

Una volta revisionato il diario del sonno, si è giunti a calcolare il Tempo Totale di Sonno, ossia la cosiddetta "abilità di sonno", che corrisponde alla sua capacità di generare sonno, riassumendo:

Orario in cui si reca a letto/ in cui si alza (media)	23:00/6:30
Tempo trascorso a letto (media)	7 ore e 30 min
Latenza di sonno	20 minuti
Tempo di veglia infrasonno	30 minuti
Tempo di sonno (media)	6 ore e 10 minuti
Orario di risveglio mattutino (media)	6:00

Le ore centrali del sonno vengono descritte come leggere e frequentemente interrotte da risvegli (a volte un paio) e il risveglio mattutino precede di mezz'ora la sveglia. Abbiamo deciso così di ritardare l'ora in cui si recava a letto di mezz'ora, anticipando la sveglia di mezz'ora tutti i giorni,

anche nel fine settimana, in modo tale da ridurre la Latenza di Sonno e il Tempo di Veglia Infrasonno.

Il tempo trascorso a letto è stato incrementato in modo graduale quando dai diari è emerso un miglioramento del tempo totale del sonno e tempo trascorso a letto.

La difficoltà che Marco mi ha immediatamente riportato è stata il risveglio alle sei della domenica. E' stato quindi proposto che qualora avesse voluto posticipare la sveglia nel fine settimana, avrebbe dovuto posticipare l'orario di andata a letto. Nonostante i suoi dubbi sull'efficienza di tale tecnica, ha accettato di provarci.

6.4 Controllo dello stimolo

E' stata proposta durante le sedute, la tecnica del controllo dello stimolo, spiegandone a Marco caratteristiche e obiettivi, ossia che è un modo per rafforzare l'associazione tra letto, camera e processo di addormentamento, cercando di individuare le cose che invece si associano allo stato di veglia e che, se svolte nella camera da letto, potrebbero interferire con il sonno. Il tutto con l'obiettivo di regolarizzare i ritmi sonno veglia e mantenere così i miglioramenti ottenuti.

Ho indicato quindi a Marco le istruzioni della tecnica del controllo dello stimolo e le abbiamo discusse insieme in terapia.

1. "Andare a letto solo se avverti sonnolenza": ho spiegato a Marco che la sua abitudine di andare a letto prima, pensando di riposare comunque, non fa altro che incrementare i livelli di ansia e quelli di vigilanza, così da ridurre le probabilità di dormire. Ho suggerito di fare attenzione ai segnali di sonnolenza che provengono dal proprio corpo.

2. "Utilizzare il letto e la camera da letto solo per dormire o per le attività sessuali": Marco svolgeva altre attività a letto, come leggere, scrivere al computer, guardare la tv o a volte chiacchierare con la moglie, intensificando il condizionamento tra letto-camera e stato di veglia. Ho proposto a Marco di svolgere tutte queste attività al di fuori della camera da letto, in modo da associarle a momenti precedenti l'addormentamento.

3-4. "Se dovessi accorgerti di non riuscire a dormire alzati e recati in un'altra stanza e ritorna a letto solo quando hai sonno, ripeti questa regola ogni qualvolta sei a letto per più di 10 minuti senza dormire". Ho suggerito a Marco di stilare una lista di attività, possibilmente rilassanti, da svolgere nel tempo in stato di veglia durante la notte (come leggere un libro, guardare una serie tv o film che piacciono particolarmente, ecc...), rinforzando così l'idea che il tempo trascorso in questa fase possa essere un'esperienza positiva, non passato a pensare al "come riuscire a dormire e tornare a letto". Questo intervento ha promosso una vera e propria ristrutturazione cognitiva e ha conferito a

Marco la sensazione di poter “controllare” il proprio problema di sonno e renderlo più gestibile, riducendo quindi l’ansia.

5. “Fissa la sveglia mattutina sempre allo stesso orario per ripristinare un ritmo regolare di sonno”. Questa regola l’abbiamo fissata insieme nella fase precedente, quella della restrizione del sonno.

6. “Non effettuare sonnellini diurni”. Marco non ha questa abitudine, poiché lavora tutto il giorno e il fine settimana solitamente lo trascorre fuori casa.

6.5 Igiene del sonno

Una volta emerse le abitudini di vita disfunzionale e l’ambiente non idoneo a facilitare l’addormentamento e il mantenimento del sonno, ho proposto a Marco le regole dell’Igiene del Sonno.

Ho consegnato al paziente il testo con le regole d’igiene e spiegato perché potrebbero essergli utili: vi sono alcuni fattori comportamentali e ambientali che possono contribuire all’insonnia e che è importante individuare e correggere per incrementare i benefici di questa terapia, eliminando i fattori che aumentano i livelli di arousal e lo rendono più vulnerabile all’insonnia e ai risvegli.

Per garantire una comprensione di tutte le regole, ho proposto a Marco di rivederle e discuterne insieme, in modo tale da renderle operazionali sulla base delle sue necessità. Ne ho così dedicato un’intera sessione e utilizzando il vis-à-vis per spiegare in concetti generali con rispettivi limiti e vantaggi di ogni regola.

In particolare ci siamo soffermati sulle seguenti regole, che risultano essere quelle da lui non rispettate:

a. Effettuare attività fisica nel tardo pomeriggio:

Marco aveva smesso di svolgere attività fisica da quando erano emersi i problemi legati all’insonnia, poiché era troppo stanco e come dice lui “non ci sto più con la testa, e poi da quando dormo poco non ho più l’energia di prima”. Ho spiegato a Marco che in realtà l’attività fisica avrebbe potuto aiutarlo, poiché influenza la temperatura corporea basale determinando così un incremento del sonno a onde delta, cioè del sonno profondo, senz’altro più ristoratore e legato a una diminuzione del livello di arousal.

Dato che ha sospeso da un po’ l’attività fisica ho suggerito di riprenderla gradualmente, svolgendola al mattino prima di andare al lavoro oppure nel tardo pomeriggio, ma non prima di coricarsi.

b. Non effettuare sonnellini durante il giorno

Sebbene durante la settimana Marco non effettuò sonnellini per via del lavoro che lo porta fuori casa tutto il giorno, ho spiegato a Marco che i sonnellini potrebbero influenzare negativamente i meccanismi di regolazione del sonno e portare a processi di condizionamento. Anche se raramente, può capitargli di fare dei sonnellini durante il fine settimana, della durata di 60 minuti circa. Ho suggerito che, quando ciò accade, è bene ritardare l'orario in cui si reca a letto del tempo corrispondente a quello trascorso a letto (TIB).

c. Evitare l'assunzione di bevande che contengano caffeina nelle sei ore che precedono l'orario in cui ci si reca a letto

Marco, pur conoscendo perfettamente gli effetti stimolanti della caffeina, ne faceva molto uso durante tutta la giornata, anche fino a sei caffè al giorno. Decidiamo così di ridurre il numero a 3, due la mattina, momento della giornata in cui il paziente ne sente più necessità, e uno dopo pranzo.

d. Evitare l'assunzione di alcool come ipnoinducente

Come la maggior parte delle persone, anche Marco aveva la credenza che il vino, o l'alcool in generale, assunto la sera, potesse aiutarlo ad addormentarsi prima. Ho spiegato al paziente che in effetti il vino porta con molta probabilità ad una sonnolenza precoce, cosa che lui aveva sperimentato e per questo continuava ad assumerne, ma che c'è anche l'altro lato della medaglia: l'assunzione di alcool porta ad un sonno frammentato e a frequenti risvegli notturni o precoci. Ciò che il vino dà (sonno immediato), se lo riprende durante la notte. Ho suggerisco l'opportunità di evitarlo per un po' di tempo e di valutare successivamente la possibilità di assumerne occasionalmente.

e. La stanza in cui si dorme deve essere sufficientemente buia, silenziosa e a temperatura adeguata

Marco dormiva a temperature abbastanza alte, sui 23/24 gradi, ma non pensava ciò potesse influire sul sonno. Ho proposto a Marco di ridurre di qualche grado la temperatura in camera da letto e usare eventualmente coperte per raggiungere la giusta comodità, spiegando che non vi è una temperatura adeguata ma vale la regola "il sonno ama il freddo".

f. Mantenere un ritmo di sonno regolare, quindi svegliarsi alla stessa ora, permette che l'orario di addormentamento diventi gradualmente più regolare

Per questo motivo ho spiegato a Marco l'importanza di rispettare le "nostre regole" stabilite in precedenza sugli orari di risveglio, in modo tale da regolarizzare i ritmi circadiani del sonno.

7. Esiti della terapia

Oggi, dopo 5 settimane di terapia, Marco presenta una ridotta latenza del sonno, sono assenti i risvegli notturni ed è aumentata la media del sonno (aumento evidente già alla 4° settimana):

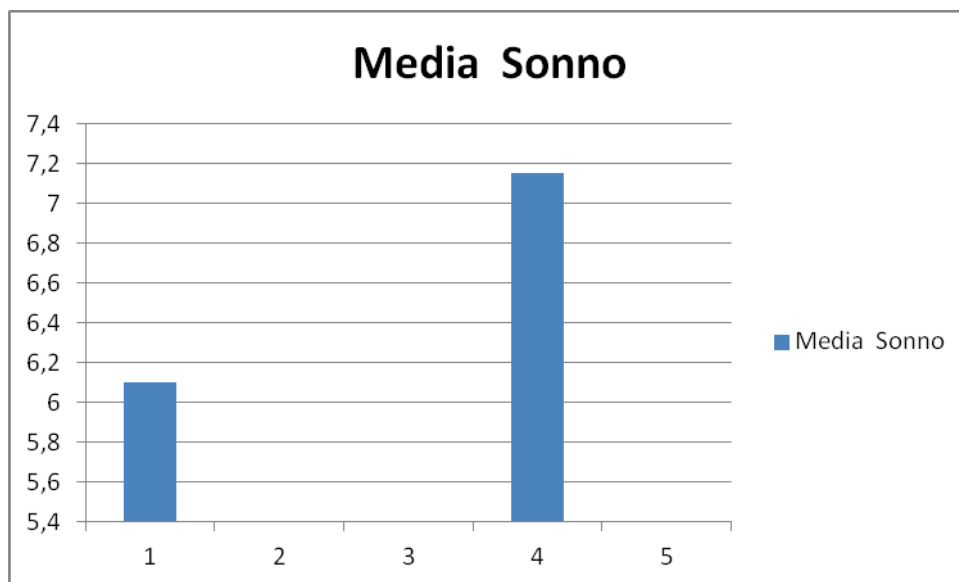


Figura 3: Grafico media del sonno pre e post trattamento

In particolare, la *tecnica del controllo dello stimolo* lo ha portato a realizzare come il leggere un libro o guardare la tv in camera da letto non facciano altro che interferire con il sonno; Marco ha quindi eliminato del tutto tali attività, eseguendole in un'altra stanza ogni qualvolta avesse difficoltà ad addormentarsi. Questo ha permesso di rafforzare l'associazione tra letto, camera e processo di addormentamento, regolarizzando in tal modo i ritmi sonno veglia. Ha inoltre imparato a riconoscere i segnali di sonnolenza provenienti dal suo corpo, andando a letto solo al loro sopraggiungere; questo ha permesso una riduzione sia dei livelli di ansia e vigilanza presenti quando aveva la tendenza ad andare a letto anche senza lo stimolo del sonno, sia la Latenza Del Sonno.

Le regole dell'igiene del sonno hanno permesso a Marco di individuare la presenza di alcune variabili comportamentali e ambientali che contribuivano alla sua insonnia e di correggerle, incrementando così i benefici della terapia ed eliminando tutti i fattori che aumentavano i livelli di arousal; Marco ha ripreso l'attività fisica, che svolge ormai quotidianamente, beve meno caffè, non ne sente più l'esigenza e ha regolarizzato l'orario di addormentamento e risveglio mattutino.

Ad oggi Marco valuta positivamente la sua qualità del sonno; questo lo porta di conseguenza ad avere meno preoccupazioni per il giorno successivo e per le sue responsabilità al lavoro, oltre ad un miglioramento sul tono dell'umore ("mi sento sereno e in forma").

Il paziente assume 19 gocce di tritico che dovrà ridurre gradualmente ogni settimana da 19 a 15 e poi a 14 per due mesi, periodo dopo il quale potrebbe essere utile eseguire un follow-up, per vedere se nonostante la sospensione della terapia farmacologica gli effetti della TCC permangono ancora.

Per far sì che i suoi disturbi restino residui ed occasionali e per prevenire la ricaduta, sarebbe stata utile una ristrutturazione cognitiva delle aspettative e delle credenze relative al sonno, questo per modificare le sue emozioni negative (ansia e paura poco trattate), interrompendo in tal modo il circolo vizioso e modificando così i suoi pensieri disfunzionali in funzionali.

Elisa Meraglia

Psicologa – Psicoterapeuta, Treviso

Specializzata a Lecce, Training Roberto Mosticoni, Antonio Semerari

E mail: elisameraglia@live.it - elisa.meraglia@psypec.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it