

IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO DELL'INSONNIA CON PAZIENTI OSPEDALIZZATI IN RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA, UN'ESPERIENZA CLINICA

Filippo Manno

Ospedale Privato San Giacomo – Ponte dell'Olio (PC)

Corrispondenza

filippo.manno@alice.it

Riassunto

L'insonnia ha una prevalenza del 6-10% nella popolazione generale (APA 2014) e frequentemente si rileva in pazienti con problematiche cardiologiche influenzandone la qualità della vita e rappresentando un fattore di rischio per ulteriori problemi cardiaci e cardiovascolari. In questo articolo descriviamo un intervento per il trattamento dell'insonnia in ambito ospedaliero per pazienti in trattamento cardiologico riabilitativo degenziale intensivo successivo a intervento cardiocirurgico. A 828 pazienti all'inizio del ricovero e nel corso di un colloquio clinico, è stato somministrato l'Insomnia Severity Index per valutare l'eventuale presenza di insonnia clinicamente significativa. Ai pazienti che mostravano indicatori psicometrici di insonnia di intensità moderata o grave (Insomnia Severity Index ≥ 15), e ai pazienti che manifestavano un disagio soggettivo clinicamente significativo indipendentemente dal punteggio all'Insomnia Severity Index, veniva proposto il trattamento per l'insonnia. A 99 pazienti è stato somministrato un trattamento cognitivo comportamentale costituito da: restrizione del sonno, controllo dello stimolo, terapia cognitiva, igiene del sonno e rilassamento. Al termine del trattamento è stata valutata l'efficacia dell'intervento sulla gravità dell'insonnia misurata tramite il Diario del sonno e l'Insomnia Severity Index. I dati ricavati evidenziano miglioramenti statisticamente significativi ($p < 0.001$) sia nell'Insomnia Severity Index sia attraverso l'analisi del Diario del sonno, con miglioramenti riguardanti la riduzione del numero di risvegli ($p = 0.01$), la riduzione del tempo di veglia durante questi risvegli ($p < 0.03$), l'incremento del tempo totale di sonno ($p < 0.001$) e l'incremento dell'efficienza del sonno ($p < 0.01$); non si rilevano differenze riguardanti la quantità di farmaci assunti e il tempo passato a letto. La percentuale di pazienti con punteggi all'Insomnia Severity Index indicativi di insonnia moderata o grave sono passati dal 85,7% al 25%. I dati evidenziano una buona efficacia dell'intervento proposto relativa ad aspetti sia quantitativi (il numero dei risvegli, il tempo di veglia, il tempo totale di sonno, l'efficienza del sonno) sia qualitativi del sonno (sensazione di riposo al risveglio e sensazione di piacevolezza del sonno), indipendentemente dall'assunzione di terapia psicofarmacologica. Intervenire sul sonno può consentire di migliorare la qualità della vita di pazienti in trattamento cardiologico riabilitativo.

Parole chiave: insonnia, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione cardiologica

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF INSOMNIA WITH INPATIENTS IN CARDIOLOGICAL REHABILITATION, A CLINICAL EXPERIENCE

Abstract

The prevalence of the insomnia 6-10% in the general population (APA 2014) and frequently is

SOTTOMESSO FEBBRAIO 2016, ACCETTATO GIUGNO 2016

present in patients with cardiac problems, impairing quality of life and constituting a risk factor for cardiovascular disease. In this article we describe an intervention for the treatment of insomnia for inpatients receiving intensive cardiac rehabilitation following cardiac surgery and expose the data relating to the outcomes of the intervention. 828 patients, at the beginning of hospitalization and during a clinical interview, filled the Insomnia Severity Index to assess the possible presence of insomnia. Patients who showed psychometric indicators of moderate to severe insomnia (Insomnia Severity Index > 15), and patients who showed a clinically significant subjective distress regardless of the Insomnia Severity Index score, was proposed treatment for insomnia. 99 patients were given individual cognitive behavioral treatment consisting of: sleep restriction, stimulus control, cognitive therapy, sleep hygiene and relaxation. At the end of treatment it was evaluated on the effectiveness of insomnia severity measured by the Sleep Diary and the Insomnia Severity Index. Data obtained showed statistically significant improvements ($p < 0.001$) of the scoring of the Insomnia Severity Index and of the sleep diary, with improvements concerning the reduction in the number of awakenings ($p = 0.01$), the reduction of waking time during these awakenings ($p < 0.03$), the increase in the total sleep time ($p < 0.001$) and the increase of sleep efficiency ($p < 0.01$); there were no differences about the amount of drugs taken and the time spent in bed. The percentage of patients with the Insomnia Severity Index scores indicative of moderate or severe insomnia has decreased from 85.7% to 25%. Data show a good effectiveness of the intervention proposed concerning both quantitative (number of awakenings, the waking time, total sleep time, sleep efficiency) and quality of sleep (rest feeling upon waking and feeling of pleasantness of sleep), without regard to psychopharmacological treatment. Intervene on insomnia can help to improve the quality of life of patients receiving rehabilitative cardiology.

Key words: insomnia, Cognitive-Behavioral Therapy, cardiac rehabilitation

Introduzione

L'insonnia viene definita da una predominante insoddisfazione per la quantità o la qualità del sonno associata a difficoltà di addormentamento o di mantenimento del sonno o a risvegli precoci al mattino, accompagnati da conseguenze diurne come instabilità dell'umore, difficoltà attentive, fatica e sonnolenza. I sintomi si presentano almeno tre notti alla settimana e per un periodo di almeno tre mesi (APA 2014).

Dati epidemiologici indicano una prevalenza del 6-10% dell'insonnia nella popolazione generale, e di circa il 10-20% in contesti di assistenza primaria, sebbene circa un terzo degli individui adulti riferisca sintomi di insonnia che nel 10-15% dei casi si associano a compromissioni diurne (astenia, sonnolenza diurna, compromissione delle prestazioni cognitive e alterazioni dell'umore), con un incremento considerevole di questo disturbo con l'aumentare dell'età e una maggiore vulnerabilità nelle donne rispetto agli uomini (1,44:1) (APA 2014).

Sintomi di insonnia si rilevano frequentemente in pazienti con problematiche cardiologiche e in pazienti affetti da altre patologie organiche (Budhiraja et al. 2011; Dos Santos et al. 2012). Una recente indagine ha documentato una prevalenza di insonnia in oltre il 37% dei pazienti cardiologici ospedalizzati per sindrome coronarica acuta, una percentuale circa 4 volte superiore a quella rilevabile nella popolazione generale (Coryell et al. 2013). Redeker et al. (2010) hanno evidenziato una prevalenza di sintomi di insonnia nel 51% di pazienti con problemi cardiologici, senza rilevare differenze statisticamente significative in funzione di variabili demografiche e/o cliniche mediche. La presenza di sintomi di insonnia risulta inoltre correlata con aspetti rilevanti per la qualità della vita come sintomi depressivi, sonnolenza diurna e performance

di funzionalità fisica (ibid.). La scarsa qualità del sonno sembra inoltre essere associata a una ridotta funzionalità cognitiva (attenzione, funzioni esecutive e memoria, ma non associata a modificazioni del linguaggio) e a una ridotta efficienza nelle ADL e nelle IADL (Garcia et al. 2012).

Un settore della ricerca sull'insonnia e sui disturbi del sonno in relazione a eventi patologici cardiaci ha focalizzato l'attenzione sul possibile rischio rappresentato dall'insonnia per le cardiopatie e gli eventi cardiovascolari. Spiegelhalder et al. (2010) evidenziano come l'insonnia rappresenti un fattore di rischio per patologie cardiovascolari, probabilmente perché associata a ipertensione e disfunzioni della frequenza cardiaca. Uno studio longitudinale, sviluppato nell'arco di circa 11 anni, ha evidenziato dati che sembrano consolidare l'ipotesi che l'insonnia sia associata a un moderato rischio per eventi coronarici acuti e che sintomi di insonnia iniziale mostrano la correlazione più forte con rischio per infarto acuto del miocardio (Laugsand et al. 2011). Oltre all'incremento del rischio di episodi di scompenso cardiaco nei pazienti insonni, è stata anche evidenziata una relazione "dose-dipendente" tra la gravità dell'insonnia e l'incremento del rischio per patologia cardiaca (Laugsand et al. 2013). Un altro studio ha evidenziato una relazione statisticamente significativa tra il sintomo dell'eccessiva sonnolenza diurna ed eventi cardiaci ischemici (Elwood et al. 2006). Nello stesso studio si documenta una relazione tra diversi disturbi del sonno (insonnia, sindrome delle gambe senza riposo, sindrome delle apnee notturne e il russare) ed eventi cerebrovascolari (stroke), mentre questa relazione risulta non significativa per eventi ischemici cardiaci. Esistono, peraltro, anche dati contrastanti con quelli appena citati riguardo il rischio rappresentato dall'insonnia per eventi cardiovascolari. Un recente studio ha documentato un incremento di rischio cardiovascolare, in associazione ai tradizionali fattori di rischio coronarico (tabagismo, obesità, sedentarietà, ipertensione, dislipidemia e diabete), per pazienti che presentano sindrome da apnee notturne e allo stesso tempo ha evidenziato nessun incremento di rischio per pazienti che presentano insonnia o insonnia associata a sindrome delle apnee notturne (Luyster et al 2014).

Lo scopo di questo articolo è quello di descrivere un protocollo di intervento per il trattamento dell'insonnia in ambito ospedaliero degenziale per pazienti in trattamento cardiologico riabilitativo intensivo successivo a intervento cardiocirurgico e di esporre i dati relativi agli esiti dello stesso intervento.

Metodo

Nell'ambito di un trattamento di cardiologia riabilitativa intensiva degenziale successivo a recente intervento cardiocirurgico, prevalentemente di BPAC e/o sostituzione o riparazione valvolare, nel reparto di Cardiologia Riabilitativa dell'Ospedale privato San Giacomo di Ponte dell'Olio (PC), a tutti i pazienti ricoverati è stato proposto di partecipare a uno screening per la valutazione del loro stato di benessere psicologico. 828 pazienti (età: 64 ± 10 ; M=78%, F=22%) hanno partecipato a una valutazione psicologica consistente in un colloquio psicologico, la compilazione del test psicometrico Scheda AD-R (Moroni et al. 2006) per la rilevazione di possibile sintomatologia ansioso-depressiva e la compilazione dell'Insomnia Severity Index (Bastien et al. 2001).

Il test Scheda AD-R è un questionario di autosomministrazione, a risposta chiusa, di veloce compilazione, composto da 10 item relativi a possibile sintomatologia ansiosa e da 15 item relativi a possibile sintomatologia depressiva, per un totale di 25 item.

L'Insomnia Severity Index è un questionario di autosomministrazione, composto da 7 item

a risposta chiusa su scala Likert a 5 punti, che indaga: la percezione del paziente circa la gravità della propria insonnia (iniziale, di mantenimento e relativa a risveglio precoce), la soddisfazione del paziente circa il proprio sonno, la valutazione del paziente circa l'interferenza dei problemi di sonno sulla propria efficienza diurna, la percezione del grado in cui i propri problemi di sonno siano evidenti agli altri e il grado di preoccupazione/disagio del paziente per i propri attuali problemi di sonno. L'Insomnia Severity Index fornisce un punteggio totale che permette di classificare l'insonnia del paziente all'interno di alcune categorie diagnostiche: non presente, insonnia clinicamente significativa, insonnia subclinica, insonnia clinica (gravità moderata) e insonnia clinica (grave).

Ai pazienti che mostravano indicatori psicometrici di insonnia clinicamente significativa di intensità moderata o grave (Insomnia Severity Index ≥ 15), o che presentavano diagnosi di insonnia secondo i criteri del DSM-IV TR (APA 1996) o che verbalizzavano, durante il colloquio, un disagio soggettivo clinicamente significativo relativo al sonno, indipendentemente dal punteggio all'Insomnia Severity Index, è stato proposto di partecipare al trattamento per l'insonnia. Sono stati trattati 99 pazienti (età=61±9; M=81%, F=19%) durante il ricovero riabilitativo. I dati clinici relativi all'insonnia dei pazienti trattati hanno evidenziato la seguente distribuzione: il 14% dei pazienti trattati mostrava punteggi all'Insomnia Severity Index indicativi di insonnia clinicamente non significativa o di insonnia subclinica, il 72% dei pazienti evidenziava punteggi indicativi di insonnia moderata e il 14% esprimeva punteggi indicativi di insonnia grave.

Sono stati esclusi i pazienti che presentavano:

1. presenza di significativo disturbo mentale che avrebbe richiesto la precedenza sulla scelta del trattamento rispetto al trattamento dell'insonnia;
2. presenza di deficit cognitivi tali che avrebbero reso inapplicabile o controindicato il trattamento per l'insonnia;
3. presenza di inabilità fisiche del paziente o di condizioni ambientali in funzioni delle quali non si potevano riscontrare le condizioni minime per attuare l'intervento terapeutico per l'insonnia.

L'intervento di trattamento dell'insonnia è stato progettato a partire dall'intervento descritto da Morin e Espie (2003), con l'apporto di alcune modifiche ed adattamenti al fine di renderlo il più possibile funzionale alle necessità cliniche ed organizzative del contesto di applicazione (trattamento cardiologico riabilitativo intensivo degenziale).

Dopo la conclusione della fase di assessment al paziente è stato proposto l'intervento per il trattamento dell'insonnia e, successivamente al consenso del paziente stesso, è stato fissato un primo colloquio nel minor tempo possibile (solitamente entro 2-3 giorni). Durante questo primo colloquio veniva approfondita la valutazione dell'insonnia del paziente a partire dalle informazioni già ricavate durante l'assessment iniziale. Lo scopo era quello di esplorare, tramite il metodo dell'analisi funzionale, le caratteristiche del sonno del paziente, al fine di ipotizzare i primi interventi terapeutici riguardanti gli aspetti comportamentali, gli aspetti di regolazione delle emozioni e di analisi di pensieri disfunzionali, oltreché il possibile intervento su variabili ambientali che potessero influenzare il sonno del paziente.

Al termine del primo colloquio sono state fornite al paziente alcune indicazioni, fondamentalmente a carattere prescrittivo, per poter permettere al paziente stesso di intervenire per modificare il proprio sonno. Queste indicazioni prevedevano l'utilizzo delle seguenti tecniche utilizzate in modo diversificato, flessibile e strategico in considerazione delle specifiche disfunzioni che il sonno del paziente presentava.

Informazioni sul sonno e l'insonnia

Obiettivo di questa tecnica è quello di fornire al paziente informazioni sul sonno e sull'insonnia, in modo che il paziente stesso possa comprendere meglio i meccanismi del proprio sonno e maturare credenze ed aspettative più realistiche rispetto al proprio problema.

Igiene del sonno

Per igiene del sonno si intende la messa in atto di comportamenti che favoriscono un buon sonno. Le norme di igiene del sonno riguardano: la disposizione delle caratteristiche dell'ambiente nel quale si dorme (luminosità della stanza, rumorosità, temperatura ecc.), la qualità dell'alimentazione, l'attività fisica e abitudini legate allo stare a letto (Perlis et al. 2005).

Controllo dello stimolo

Alla base dell'utilizzo di questa tecnica si pone l'idea che un sonno efficace è determinato da un'adeguata associazione tra lo stimolo della camera da letto e l'attività del sonno.

Sembra importante che le caratteristiche della camera da letto agiscano come stimoli discriminativi per l'attività del sonno.

Le istruzioni comprendono: andare a letto solo se si ha sonno, utilizzare la camera da letto solo per dormire o per l'attività sessuale, alzarsi dal letto quando si è svegli da più di 15 minuti, ritornare a letto solo quando si ha sonno (Bootzin 1972 in Devoto e Violani 2009).

Restrizione del sonno

La tecnica di restrizione del sonno mira a ottenere un miglioramento dell'efficienza del sonno, cercando di far coincidere il più possibile il tempo passato a letto con il tempo di sonno.

Per raggiungere questo obiettivo occorre che il paziente stabilisca un orario per il risveglio mattutino e che riduca il tempo totale passato a letto alla media del tempo totale di sonno. Una volta migliorata l'efficienza del sonno è possibile gradualmente aumentare il tempo passato a letto, in modo da incrementare la quantità di sonno totale mantenendo una buona efficienza (Spielman et al. 1987).

Terapia cognitiva

La teoria alla base dell'utilizzo di tecniche di terapia cognitiva per il trattamento dell'insonnia ipotizza che alcune credenze sul sonno e alcune reazioni cognitive alle prime difficoltà di sonno possano contribuire allo sviluppo e al mantenimento dell'insonnia (Morin e Espie 2003; Devoto e Violani 2009). Morin (1993 in Devoto e Violani 2009) ha individuato quattro categorie di fattori cognitivi che possono favorire il mantenimento dell'insonnia: aspettative irrealistiche sulle necessità di sonno, valutazione errate sul disturbo di sonno, attribuzioni erranee rispetto ai deficit diurni, concezioni erranee rispetto alle cause dell'insonnia (ibid.).

Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento utilizzate nell'intervento standard per l'insonnia sono diverse e

nel trattamento qui descritto è stata utilizzata la tecnica del rilassamento muscolare progressivo di Jacobson (1964) che cerca di intervenire sulla tensione muscolare.

Sempre al termine del primo colloquio è stato proposto al paziente di compilare quotidianamente il Diario del sonno fino al successivo appuntamento. Questo strumento consiste in una tabella che riporta nelle righe alcune domande riguardanti il sonno del paziente e nelle colonne i giorni ai quali si riferiscono i dati del proprio sonno che il paziente annoterà. Le domande riguardano sia aspetti quantitativi del sonno (l'orario in cui il paziente si è alzato, l'orario in cui è andato a letto la sera precedente, quanto tempo ha impiegato per addormentarsi, quante volte si è svegliato durante la notte, quanto tempo è rimasto sveglio durante i risvegli, quanto tempo ha dormito in totale, quantità di alcool e quantità di farmaci ipnoinducenti eventualmente assunti) sia aspetti qualitativi del sonno (viene chiesto al paziente di valutare al risveglio, su una scala likert a 5 punti, quanto si sente riposato e quanto è stato piacevole il sonno). Il Diario del sonno ha un duplice utilizzo. Il primo come strumento di assessment, durante tutto il corso del trattamento, dell'insonnia del paziente e della sua evoluzione, in modo da poter intervenire, durante lo svolgimento dell'intervento, in maniera mirata e strategica con le tecniche più opportune (controllo dello stimolo, restrizione del sonno ecc). Il secondo utilizzo come strumento di auto-osservazione che possa permettere al paziente di acquisire maggiore consapevolezza di alcuni meccanismi implicati nel mantenimento dell'insonnia. Generalmente viene analizzato insieme al paziente all'inizio della seduta di terapia e vengono ricavati alcuni indicatori dell'andamento del sonno (e dell'efficacia del trattamento) calcolando la media di alcuni dati distribuiti su più giorni: il tempo di latenza, il numero di risvegli e il tempo di riaddormentamento, il tempo totale di sonno, il tempo passato a letto e l'efficienza del sonno (ricavata dalla differenza tra il tempo passato a letto e il tempo in cui il paziente ha effettivamente dormito).

Mediamente il ricovero per trattamento riabilitativo cardiologico ha durata di circa 2-3 settimane, all'interno del quale il trattamento dell'insonnia si è articolato con sedute bisettimanali che difficilmente hanno superato il numero di 4 o 5 complessive.

Al termine dell'intervento è stata proposta al paziente un'ulteriore compilazione dell'Insomnia Severity Index.

Risultati

Sono stati analizzati i dati raccolti con l'Insomnia Severity Index all'inizio e al termine del trattamento, e i dati raccolti con il Diario del sonno, nel corso del trattamento dell'insonnia, relativi a 99 soggetti. Sono state utilizzate statistiche descrittive e la statistica del t-test per campioni appaiati, confrontando i dati ottenuti dalle somministrazioni dei test impiegati per l'assessment all'inizio e al termine del trattamento.

Caratteristiche cliniche e demografiche

Il campione è composto per il 81% da maschi e per il 19% da femmine e presenta un'età media di 61 anni (± 9). Il 14% non ha alcun titolo di studio, il 39% ha un titolo di licenza elementare, il 25% possiede un titolo di licenza media inferiore e il 22% un titolo di scuola superiore o laurea.

Tabella 1. *Confronto basale - follow up all'Insomnia Severity Index per pazienti che hanno partecipato all'intervento terapeutico*

	BASALE Punteggi medi (DS)	FOLLOW UP Punteggi medi (DS)	DIFF.	t	p.
Gravità iniziale	2.66 (0.94)	1.67 (0.98)	0.99 (37%)	8.57	<0.001
Gravità di mantenimento	2.55 (0.94)	1.66 (1.02)	0.89 (35%)	6.92	<0.001
Gravità risveglio precoce	2.48 (1.04)	1.58 (1.15)	0.9 (36%)	6.79	<0.001
Insoddisfazione	3.11 (0.87)	2.15 (1.08)	0.96 (31%)	7.45	<0.001
Inefficienza	2.30 (0.98)	1.64 (1.01)	0.66 (29%)	6.24	<0.001
Evidente agli altri	2.20 (0.85)	1.49 (0.83)	0.71 (32%)	7.01	<0.001
Gravità preoccupazione	2.25 (0.85)	1.40 (0.95)	0.85 (38%)	8.09	<0.001
Punteggio TOT	17.47 (3.99)	11.55 (5.18)	5.92 (34%)	11.57	<0.001

Gravità dell'insonnia

Analizzando i dati raccolti con il Insomnia Severity Index è possibile osservare una riduzione statisticamente significativa dell'insonnia dei pazienti trattati tra l'inizio e la fine dell'intervento.

Il punteggio totale del test passa da 17.47 pre-trattamento, indicativo di insonnia clinicamente significativa con gravità moderata, a 11.55 post-trattamento, indicativo di insonnia subclinica, con un decremento di oltre il 30% dell'intensità del disturbo, dato che appare statisticamente significativo ($p < 0.001$).

Tabella 2. *Confronto basale-follow up al "Diario del sonno" per pazienti che hanno partecipato all'intervento terapeutico*

	BASALE Punteggi medi (DS)	FOLLOW UP Punteggi medi (DS)	DIFF.	T	P.
Latenza di sonno (min.)	47.51 (43.11)	36.59 (46.15)	10.92 (23%)	1.85	N.S.
Numero di risvegli	2.85 (1.76)	2.16 (1.37)	0.69 (24%)	3.50	=0.01
Tempo di veglia	115.02 (105.53)	79.25 (65.61)	35.77 (31%)	3.18	<0.03
Tempo totale di sonno	346.48 (90.29)	393.20 (84.08)	46.73 (12%)	-3.88	<0.001
Tempo a letto	526.36 (76.82)	520.79 (138.36)	5.57 (1%)	0.31	N.S.
Efficienza del sonno	63.13 (18.07)	71.76 (19.87)	8.63 (12%)	-3.00	<0.01
Numero pillole	0.68 (0.48)	0.66 (0.49)	0.02 (3%)	0.59	N.S.
Sensazione di riposo	2.42 (0.90)	2.86 (0.79)	0.44 (15%)	-3.85	<0.001
Sensazione di piacevolezza	2.36 (0.87)	2.76 (0.90)	0.40 (15%)	-4.06	<0.001

Diario del sonno

Considerato che i pazienti hanno compilato il Diario del sonno in modo continuativo nel corso del trattamento, per poter effettuare un confronto tra l'inizio e il termine del trattamento, sono stati considerati i primi tre giorni di compilazione e gli ultimi tre ottenendo una media dei valori relativi a questi due periodi. Questi dati sembrano confermare la tendenza di riduzione dell'insonnia già osservata attraverso i dati dell'Insomnia Severity Index. Il numero di risvegli (media di 2.85 all'inizio del trattamento e di 2.16 al termine, $p=0.01$) e il tempo di veglia durante questi risvegli (media di 115.02 minuti all'inizio del trattamento e di 79.25 minuti al termine, $p<0.03$), si riducono di circa il 20-25% tra l'inizio e il termine del trattamento. Il tempo totale di sonno (media di 346.48 minuti all'inizio del trattamento e di 393.20 minuti al termine, $p<0.001$) e l'efficienza del sonno (il rapporto tra tempo passato a letto e tempo totale di sonno, media di 63.13 all'inizio del trattamento e di 71.76 al termine, $p<0.01$) incrementano di circa il 12%. Non si osservano, invece, sostanziali differenze per quanto riguarda la quantità di farmaci per l'insonnia assunti e il tempo passato a letto.

Selezionando i soggetti del campione in base alla classe diagnostica definita dal punteggio totale all'Insomnia Severity Index è possibile osservare le variazioni nella distribuzione del campione tra l'inizio e la fine del trattamento (**tabella 5**).

Tabella 5. *Classi diagnostiche all'Insomnia Severity Index dei pazienti che hanno partecipato all'intervento terapeutico tra l'inizio e il termine del trattamento (N=99)*

	Basale (N; %)	Follow up (N; %)
Non insonnia (0-7)	1 (1%)	19 (20.7%)
Insonnia subclinica (8-14)	13 (13.3%)	50 (54.3%)
Insonnia moderata (15-21)	70 (71.4%)	21 (22.8%)
Insonnia grave (22-28)	14 (14.3%)	2 (2.2%)

Mentre all'inizio del trattamento l'86% del campione ha una diagnosi di insonnia clinicamente significativa (moderata o grave) al termine del trattamento la prevalenza di insonnia è del 25% mentre il restante 75% del campione evidenzia assenza di insonnia o insonnia subclinica.

Al fine di escludere la variabile della terapia farmacologica per l'insonnia assunta dal paziente dalla valutazione dell'andamento dell'insonnia tra l'inizio e il termine del trattamento psicologico, è stato selezionato, dal campione iniziale di 99 soggetti, un ulteriore campione composto da soggetti che soddisfacevano i criteri d'inclusione per il trattamento ma non assumevano terapia farmacologica. Il campione è formato da 15 soggetti, con caratteristiche anagrafiche sostanzialmente sovrapponibili a quelle del campione principale (età=59±11; M=75%, F=25%) a eccezione della scolarità che appare più elevata in questo sottocampione (nessun titolo di studio 7%, licenza elementare 31%, licenza media inferiore 31%, licenza scuola superiore o laurea 31%).

I dati relativi all'Insomnia Severity Index evidenziano anche per il gruppo dei pazienti senza terapia farmacologica un significativo miglioramento dell'insonnia tra l'inizio e il termine del trattamento.

Tabella 3. *Confronto basale - follow up all'Insomnia Severity Index per pazienti che hanno partecipato all'intervento terapeutico – senza terapia farmacologica (N=15)*

	BASALE Punteggi medi (DS)	FOLLOW UP Punteggi medi (DS)	DIFF.	t	p.
Gravità iniziale	2.73 (1.03)	1.67 (1.05)	1.07 (39%)	3.76	<0.01
Gravità di mantenimento	2.53 (0.99)	1.87 (0.91)	0.67 (26%)	2.00	n.s.
Gravità risveglio precoce	2.60 (0.99)	1.27 (1.44)	1.33 (51%)	3.57	<0.01
Insoddisfazione	3.20 (0.86)	2.40 (1.12)	0.80 (25%)	2.35	=0.03
Inefficienza	2.13 (1.25)	1.53 (1.12)	0.60 (28%)	2.36	=0.03
Evidente agli altri	2.47 (0.91)	1.27 (0.80)	1.20 (49%)	4.29	=0.001
Gravità preoccupazione	2.00 (0.93)	1.20 (0.86)	0.80 (40%)	2.45	<0.03
Punteggio TOT	17.60 (3.59)	11.20 (4.43)	6.40 (36%)	5.47	<0.001

In particolar modo questo miglioramento è apprezzabile relativamente al punteggio totale dell'Insomnia Severity Index che rileva una riduzione di circa il 36% dell'intensità dell'insonnia al termine del trattamento rispetto all'inizio, evidenziando un punteggio medio iniziale di 17.6, indicativo di insonnia clinicamente significativa e di gravità moderata, e un punteggio medio finale di 11.2, indicativo di insonnia subclinica (p. <0.001).

Osservazioni per certi aspetti diverse sono, invece, quelle riguardanti i dati ricavati dal Diario del sonno per lo stesso gruppo di pazienti in trattamento psicologico senza terapia farmacologica.

Tabella 4. *Confronto basale-follow up al "Diario del sonno" per pazienti che hanno partecipato all'intervento terapeutico - senza terapia farmacologica (N=15)*

	BASALE Punteggi medi (DS)	FOLLOW UP Punteggi medi (DS)	DIFF.	t	p.
Latenza di sonno (min.)	39.93 (24.85)	32.53 (31.93)	7.40 (19%)	0.68	n.s.
Numero di risvegli	3.36 (2.80)	2.42 (1.66)	0.94 (28%)	1.70	n.s.
Tempo di veglia	93.89 (92.37)	67.24 (56.05)	26.64 (28%)	1.02	n.s.
Tempo totale di sonno	343.93 (106.20)	388.29 (73.66)	44.35	1.65	n.s.
Tempo a letto	497.66 (70.54)	560.18 (257.51)	62.51	0.83	n.s.
Efficienza del sonno	66.83 (18.35)	75.52 (18.73)	8.69 (12%)	1.79	n.s.
Sensazione di riposo	2.48 (0.94)	3.08 (0.79)	0.60 (20%)	2.22	<0.05
Sensazione di piacevolezza	2.37 (0.99)	2.89 (0.84)	0.52 (18%)	2.40	=0.03

Malgrado si evidenzino dati con un trend simile a quello riguardante il gruppo complessivo di pazienti (con e senza terapia farmacologica), caratterizzato da un miglioramento dell'insonnia in quasi tutte le aree indagate (latenza di sonno, numero di risvegli e tempo di veglia, tempo totale di sonno ed efficienza del sonno) a eccezione del tempo passato a letto, in questo campione costituito solo da soggetti che non assumevano terapia farmacologica per l'insonnia, solo gli item che indagano aspetti della qualità del sonno, come la sensazione di riposo al risveglio (media inizio trattamento=2.48 e fine trattamento=3.08, $p.<0.05$) e la sensazione di piacevolezza del sonno (media inizio trattamento=2.37 e fine trattamento=2.89, $p.=0.03$) mostrano una differenza statisticamente significativa tra l'inizio e la conclusione del trattamento (**tabella 4**).

Può essere interessante osservare un ultimo dato. Ci si è chiesto in base a quali criteri ad alcuni soggetti del campione, e non ad altri, venisse prescritta la terapia farmacologica e se questa differenza nelle prescrizioni potesse essere in qualche modo correlata a differenze cliniche dei due gruppi. Sono stati così confrontati, utilizzando la statistica del t-test per campioni indipendenti, i punteggi all'Insomnia Severity Index di due sottogruppi del campione, il gruppo con terapia farmacologica ed il gruppo senza terapia farmacologica.

Tabella 6. Confronto tra gruppo "senza terapia farmacologica" e gruppo "con terapia farmacologica" all'Insomnia Severity Index basale (media dei punteggi)

	Senza farmaci	Con farmaci	p.
Gravità iniziale	2.82	2.68	N.S.
Gravità di mantenimento	2.59	2.71	N.S.
Gravità risveglio precoce	2.65	2.44	N.S.
Insoddisfazione	3.24	3.14	N.S.
Inefficienza	2.24	2.37	N.S.
Evidente agli altri	2.59	2.20	N.S.
Gravità preoccupazione	1.88	2.43	N.S.
Punteggio TOT	17.94	17.73	N.S.

È possibile osservare che i due gruppi non si differenziano né in funzione del punteggio totale all'Insomnia Severity Index né in funzione dei singoli item dell'Insomnia Severity Index. Infatti i punteggi della totalità degli item sono sovrapponibili tra i due gruppi: gravità di insonnia iniziale e di mantenimento, insoddisfazione per il proprio sonno, percezione che l'insonnia influisca con l'efficienza diurna del paziente, percezione che il problema di sonno sia evidente agli altri e preoccupazione del paziente per i propri problemi di sonno.

Discussione

Considerati la procedura dell'intervento clinico descritta e i dati evidenziati è possibile proporre alcune considerazioni conclusive.

In primo luogo occorre rilevare che la diagnosi di insonnia descritta in questa ricerca si riferisce ai criteri diagnostici del DSM-IV TR (APA 1996), manuale più recente al momento

della raccolta dei dati e non a quelli del più attuale DSM 5 (APA 2014). Le diagnosi di insonnia cronica di questi due manuali differiscono per il criterio temporale di permanenza dei sintomi oltre il quale è giustificata una diagnosi di insonnia cronica, 1 mese per il DSM-IV TR e 3 mesi per il DSM 5. Per una gran parte dei soggetti del campione esaminato non risulterebbe adeguata attualmente una diagnosi di insonnia cronica, arrivando i pazienti alla valutazione psicologica a circa 1 mese di distanza dalla comparsa dei primi sintomi di insonnia (solitamente coincidenti con l'inizio dell'ospedalizzazione).

In letteratura viene indicato il trattamento cognitivo comportamentale per l'insonnia (CBT-I) come trattamento d'elezione per l'insonnia cronica, parallelamente viene considerato appropriato l'approccio CBT-I anche per insonnia acuta o situazionale con l'obiettivo di risolvere il disturbo evitando la cronicizzazione (Devoto e Violani 2009). Nel campione clinico preso in esame in questo lavoro molti dei pazienti trattati presentavano insonnia acuta o situazionale e si è ritenuto utile proporre anche a costoro la possibilità di usufruire del trattamento dell'insonnia, con una finalità probabilmente più preventiva che terapeutica, in quanto è stato valutato che intervenire tempestivamente con tecniche proprie della terapia dell'insonnia (controllo dello stimolo, restrizione del sonno, tecniche di rilassamento, tecniche di terapia cognitiva ecc.) poteva permettere di modificare precocemente schemi cognitivi e comportamentali che avrebbero potuto consolidarsi e mantenersi nel tempo cronicizzando in disturbo.

Nel complesso è possibile osservare per i soggetti che hanno partecipato al trattamento dell'insonnia un miglioramento relativo a tutte le caratteristiche del sonno esaminate. Un dato interessante riguarda il significativo miglioramento degli aspetti qualitativi del sonno, e in particolare la sensazione di riposo al risveglio e la sensazione di piacevolezza del sonno. I miglioramenti più significativi si osservano per il tempo totale di sonno e per la qualità percepita del sonno. Il miglioramento sembra anche confermato in assenza di terapia farmacologica, benché si osservino relazioni più deboli dal punto di vista statistico, che possono forse essere anche in parte spiegate dalla ridotta dimensione del campione dei pazienti trattati senza terapia farmacologica (N=15) rispetto alla dimensione del campione totale (N=99).

Un dato interessante è quello che riguarda le differenze, in termini clinici, tra i soggetti ai quali è stata prescritta la terapia farmacologica per l'insonnia e i soggetti ai quali questa terapia non è stata prescritta. Le caratteristiche cliniche sembrano sovrapporsi, non evidenziando differenze per i due gruppi relativamente agli aspetti del sonno indagati dall'Insomnia Severity Index.

Le difficoltà principali dell'intervento clinico hanno riguardato principalmente il realizzare un'integrazione ottimale tra l'intervento psicologico e l'intervento farmacologico. Sono mancate, talvolta, coordinazione e cooperazione tra lo psicologo e il medico relativamente alle scelte terapeutiche e a eventuali modifiche del piano terapeutico in funzione dell'evoluzione del caso. Inoltre, per quanto riguarda l'assunzione di farmaci, il ricovero e il trattamento dell'insonnia hanno una durata limitata, circa 2-3 settimane, e in questo arco di tempo è stato possibile osservare che difficilmente viene modificato dal medico il regime terapeutico relativo a questi farmaci.

La stabilità rilevata nel corso dell'intervento nella quantità di tempo passato a letto e le difficoltà a modificare questo comportamento potrebbero essere anche legate al regime di ricovero ospedaliero nel quale si è svolto l'intervento, con tutte le difficoltà per il paziente nella gestione della propria autonomia che spesso deve conciliarsi con esigenze terapeutiche e assistenziali del reparto.

Un'ultima considerazione riguarda i limiti metodologici della ricerca presentata. Risulta chiaro il fatto che i dati riportati hanno un valore prettamente descrittivo ed esplorativo, mancando un progetto sperimentale e un campione di controllo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Quinta edizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine* 2, 297-307.
- Bootzin RR (1972). A stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association* 395-6.
- Budhiraja R, Roth T, Hudgel DW, Budhiraja P, Drake CL (2011). Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep* 34, 7, 859-867.
- Coryell VT, Ziegelstein RC, Hirt K, Quain A, Marine JE, Smith MT (2013). Clinical correlates of insomnia in patients with acute coronary syndrome. *Int Heart J* 54, 258-265.
- Devoto A, Violani C (2009). *Curare senza farmaci Metodi di valutazione e intervento cognitivo-comportamentale*. Carocci Faber, Roma.
- Dos Santos MA, de Souza Guedes E, Barbosa RL, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D (2012). Sleeping difficulties reported by patients with heart failure. *Rev Latino.Am. Enfermagem* 20, 4, 644-50.
- Elwood P, Hack M, Pickering J, Hughes J, Gallacher J (2006). Sleep disturbance, stroke, and heart disease events: evidence from the Caerphilly cohort. *J Epidemiol Community Health* 60, 69-73.
- Garcia S, Alasco ML, Spitznagel MB, Cohen R, Raz N, Sweet L, Colbert L, Josephson R, Hughes J, Rosneck J, Gunstad J (2012). Poor sleep quality and reduced cognitive function in persons with heart failure. *Int J Cardiol.* 156, 2, 248-249.
- Jacobson E (1964). *Anxiety and tension control*. Lippincott, Philadelphia.
- Laugsand LE, Vatten LJ, Platou C, Janszky I (2011). Insomnia and risk of acute myocardial infarction a population study. *Circulation* 124, 2073-2081.
- Laugsand LE, Strand LB, Platou C, Vatten LJ, Janszky I (2013). Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study. *European Heart Journal* 35, 1382-1393.
- Luyster FS, Kip KE, Buysse DJ, Aiyer AN, Reis SE, Strollo PJ (2014). Traditional and nontraditional cardiovascular risk factors in comorbid insomnia and sleep apnea. *Sleep* 37, 3, 593-600.
- Morin CM (1993). *Insomnia, psychological assessment and management*. Guilford Press, New York.
- Morin CM, Espie CA (2003). *Insomnia. Guida alla valutazione e all'intervento psicologico*. McGraw-Hill, Milano.
- Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, Balestroni G, Bruletti G, Giorgi I, Bertolotti G (2006). Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Monaldi Arch Chest Dis* 66, 255-263.
- Perlis ML, Jungquist CR, Smith MT, Posner D (2005). *Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia Linee guida per la pratica clinica*. Franco Angeli, Milano.
- Redeker NS, Sangchoon J, Muench U, Campbell D, Walsleben J, Rappaport DM (2010). Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep* 33, 9, 1210-1216.
- Spiegelhalter K, Scholtes C, Riemann D (2010). The association between insomnia and cardiovascular diseases. *Nature and science of sleep* 2, 71-78.
- Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 10, 45-56.