

Il trattamento del disturbo di insonnia in pazienti con concomitanti disturbi psicologici

Chiara Baglioni¹

¹Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Freiburg (Germania)

Riassunto

L'insonnia è uno dei disturbi psicofisiologici più diffusi. Il disturbo ha una prevalenza elevata e si associa a numerosi costi indiretti per la società, quali il peggioramento della prestazione lavorativa, l'aumento delle ore di assenza dal posto di lavoro o il maggior uso dei servizi di cura primari. Inoltre, spesso l'insonnia si presenta insieme ad altre condizioni psicologiche e recentemente è stato suggerito che agisca come fattore di mantenimento e di peggioramento del disturbo ad essa associato (più frequentemente il disturbo depressivo, ma anche altri disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, la schizofrenia o i disturbi dell'alimentazione). Di conseguenza, recenti studi clinici hanno valutato l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo di insonnia (TCC-I), già riconosciuta per il disturbo di insonnia primaria, in pazienti con insonnia concomitante ad altro disturbo psicologico. I risultati di questi studi, per quanto preliminari, mostrano che il TCC-I è efficace nel migliorare la qualità del sonno in pazienti con diversi profili psicopatologici e anche, in alcuni casi, nel produrre un miglioramento globale della salute mentale del paziente. Una possibile conseguenza clinica di questi risultati potrebbe essere l'aggiunta dei protocolli di TCC-I nel programma di trattamento di diversi disturbi psicologici.

Summary

Insomnia is one of the most common psychophysiological disorders. It has a high prevalence in the general population and it is associated with many societal indirect costs, as worsened work performance, increased hours of absence at work, and increased use of health services. Moreover, the disorder of insomnia is often comorbid with other psychopathological conditions. Recently, it was suggested that it acts as maintaining and worsening condition for the associated disorder (most frequently major depression, but also other affective disorders, anxiety disorders, schizophrenia or eating disorders). As a consequence, recent clinical trials evaluated the efficacy of the cognitive behaviour treatment for insomnia (CBT-I), which is already assessed and recognized for primary insomnia, in patients with insomnia comorbid with other psychopathological condition(s). The results of these studies, although still preliminary, show that CBT-I is efficacious in ameliorating sleep quality in patients with complexes and different psychopathological profiles. Moreover, some of these studies found that CBT-I had positive effects on the general mental health of the patients. One possible clinical implication of these results may be to include CBT-I protocols in the treatment of different psychopathological disorders.

Introduzione

L'insonnia è uno dei più comuni disturbi riferiti al medico ed è frequentemente associato con altre condizioni psichiatriche. L'interpretazione dell'insonnia ha avuto un iter complesso nel tempo: mentre storicamente i problemi relativi all'insonnia venivano attribuiti ad altri disturbi psichiatrici o medici, solo recentemente si sono proposte una definizione e una classificazione che sono state condivise tra i vari specialisti del settore (psicologi, psichiatri, neurologi) con il riconoscimento dell'insonnia come disturbo primario (*Insomnia Disorder*, definizione introdotta nella nuova versione del DSM /DSM-V) e del concetto di insonnia in comorbidità più che di insonnia come disturbo meramente secondario ad altre patologie. Questo cambiamento di interpretazione ha stimolato la produzione di molti studi clinici che hanno valutato l'efficacia del trattamento cognitivo comportamentale per il disturbo di insonnia in pazienti con altri concomitanti disturbi mentali. L'obiettivo di questa rassegna è quello di riassumere la letteratura recente sull'argomento.

Il disturbo di insonnia

Il disturbo di insonnia è definito come una difficoltà a iniziare e a mantenere il sonno o ad avere un sonno non ristoratore, accompagnata da una compromissione del funzionamento diurno, che persiste da almeno quattro settimane (DSM-IV-TR, APA, 2000). È uno dei disturbi più diffusi nei paesi occidentali con una prevalenza di circa il 10% tra la popolazione generale (Ohayon, 2002). Le donne ne sono maggiormente afflitte rispetto agli uomini (Zhang e Wing, 2006) e il disturbo è più prevalente con l'aumentare dell'età (Ohayon, 2002). L'insonnia è spesso una condizione cronica. In uno studio del 2009 è stato trovato che più del 70% delle persone che presentavano un disturbo di insonnia in una prima valutazione, veniva nuovamente diagnosticato con insonnia a distanza di un anno (Morin *et al.*, 2009). Negli Stati Uniti, i costi indiretti dell'insonnia relativi al peggioramento della prestazione lavorativa e all'aumento delle ore di assenza dal posto di lavoro sono stati stimati essere di circa 60 miliardi di dollari per anno (Kessler *et al.*, 2011). Oltre ai costi lavorativi, il disturbo di insonnia è stato associato ad un maggior uso dei servizi di cura primari (p.e. medici di base).

Insonnia, un disturbo con elevata comorbidità

Come riportato sopra, il disturbo di insonnia è frequentemente associato con altre condizioni psichiatriche. In alcuni disturbi mentali l'insonnia è indicata nel DSM-IV tra i sintomi principalmente riscontrati, come per esempio nella depressione maggiore, nel disturbo bipolare, nel disturbo post-traumatico da stress, nel disturbo d'ansia generalizzato (per un'intera lista vedi Harvey, 2008). Tuttavia, l'insonnia si riscontra anche in pazienti con schizofrenia, disturbi

dell'alimentazione o disturbo ossessivo-compulsivo (Smith *et al.*, 2005). Recentemente, Alison Harvey ha proposto che l'elevata comorbidità del disturbo di insonnia dipenda dal ruolo che i sintomi caratteristici di questo disturbo assumono nella causa e nel mantenimento di diversi disturbi psicopatologici (Harvey, 2008; 2009; 2011). In accordo con questa teoria, un'ampia letteratura relativa a studi sugli effetti della deprivazione di sonno ha mostrato che una delle funzioni più importanti del sonno è il mantenimento di processi emozionali e cognitivi adattivi (Walker, 2010). Tuttavia, l'insonnia non è una condizione prolungata di deprivazione del sonno, in quanto implica processi di adattamento e non è necessariamente correlata con una ridotta quantità di sonno. Ciò nonostante, i pazienti con disturbo di insonnia riportano risposte emozionali alterate e sembrano essere a maggiore rischio per la depressione, per condotte suicidarie e per periodi di sospensione del lavoro a causa della salute – *burn out* - (Baglioni *et al.*, 2011; Baglioni *et al.*, 2010; McCall, 2010; Siverstein *et al.*, 2009). L'idea che l'insonnia sia una condizione che favorisca e mantenga diversi sintomi psichiatrici è stata sostenuta anche da una recente teoria che enfatizza il ruolo della comorbidità tra i disturbi mentali come standard piuttosto che come eccezione e di conseguenza sostiene un approccio dimensionale alla psicopatologia, contrapponendosi all'attuale approccio categoriale adottato nel DSM-IV. Questa teoria, denominata “il modello a rete dei sintomi psichiatrici”, suggerisce che diverse patologie si presentino spesso insieme andando a complicare il profilo psicologico dei pazienti a causa di “sintomi-ponte” che intervengono in diverse costellazioni sintomatiche (Borsboom *et al.*, 2011). Al fine di verificare questa ipotesi, gli autori hanno condotto delle analisi sulla sovrapposizione di diversi sintomi indicati nel DSM-IV e hanno trovato che i sintomi del disturbo di insonnia sono i più connessi con tutti gli altri tipi di sintomi psichiatrici.

Conseguenze cliniche

Il riconoscimento del disturbo di insonnia come entità diagnostica indipendente e come possibile fattore interveniente nella causa e nel mantenimento di altre condizioni psicopatologiche ha importanti conseguenze cliniche. Una prima conseguenza è che il trattamento di diversi disturbi psicologici potrebbe beneficiare dell'aggiunta di strategie dirette alla cura dei sintomi di insonnia. Questa ipotesi è sostenuta anche da dati che mostrano che le difficoltà di sonno tendono a permanere dopo una psicoterapia efficace (Kopta *et al.*, 1994). Una seconda conseguenza è che un trattamento precoce dei sintomi di insonnia potrebbe prevenire, almeno in alcuni casi, l'insorgenza di quadri clinici più complessi. La prima possibile conseguenza clinica è una tematica che ha ricevuto sempre più attenzione e su cui negli ultimi anni la ricerca clinica si è concentrata, anche se essendo gli studi molto recenti rimangono ancora aperte molte domande. La seconda possibile

conseguenza, invece, rimane sostanzialmente un'ipotesi teorica, ma alcuni dati recenti suggeriscono che maggiore ricerca clinica sull'argomento potrebbe essere di aiuto per comprendere meglio la stretta e complessa relazione tra disturbo di insonnia e psicopatologia.

Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo di insonnia (TCC-I)

I trattamenti di elezione per il disturbo di insonnia sono la terapia farmacologica e la terapia cognitivo-comportamentale. I trattamenti con farmaci ipnoinducenti sono economici in termini di costo e di tempo del medico, ma pongono seri problemi, alcuni ben noti, ma spesso trascurati da medici e pazienti: la perdita di efficacia con l'uso troppo prolungato oltre le 3-4 settimane, l'autoprescrizione, l'abuso (Devoto e Violani, 2009). Altri problemi, meno noti, riguardano il fatto che l'uso prolungato di ipnoinducenti può causare dipendenza psicologica, inoltre la loro brusca interruzione determina una “rebound insonnia”, cioè una recrudescenza del disturbo del sonno originario, contribuendo così alla perdita di efficacia nella propria capacità di gestire l'insonnia e il proprio sonno. Le controindicazioni associate al trattamento farmacologico sono molte, per questo motivo gli esperti hanno riconosciuto ormai da anni la terapia cognitivo-comportamentale come il trattamento di elezione per la cura dell'insonnia cronica primaria, ovvero non concomitante con altre condizioni cliniche rilevanti (Morin *et al.*, 1999; Perlis *et al.*, 2003; Morin *et al.*, 2006; Riemann e Perlis, 2009). La terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (TCC-I) è un intervento psicologico multicomponentiale che include: *a*) tecniche cognitive, come l'intenzione paradossale, il controllo cognitivo e la ricostruzione cognitiva; *b*) tecniche comportamentali, come il controllo degli stimoli, la restrizione del sonno, l'igiene del sonno, le tecniche di rilassamento che possono essere sia cognitive che comportamentali e *c*) componenti psicoeducative. Nella Tabella 1 sono descritte le principali tecniche incluse nel programma standard di TCC-I. Diverse metanalisi hanno mostrato l'efficacia della TCC-I per l'insonnia primaria (p.e. Morin *et al.*, 1994; Murtagh e Greenwood, 1995; Irwin *et al.*, 2006). I risultati di questi studi hanno mostrato che la TCC-I è efficace a breve e a lungo termine (anche nelle valutazioni di follow-up) nel ridurre la latenza di addormentamento e il tempo di veglia totale durante la notte (Morin *et al.*, 1994). Inoltre, i miglioramenti associati con la TCC-I non riguardano solo i parametri del sonno, ma anche la valutazione globale della qualità del sonno (Murtagh e Greenwood, 1995). Questi miglioramenti sono stati notati sia negli adulti in età lavorativa che negli anziani (Irwin *et al.*, 2006).

TECNICHE TCC-I	DESCRIZIONE
CONTROLLO DEGLI STIMOLI	<i>Tecnica comportamentale.</i> Una serie di istruzioni dirette ad associare il letto con il sonno e a rinforzare orari di sonno regolari, che includono: 1) andare a letto solo quando ci si sente stanchi; 2) usare il letto solo per dormire (evitare la televisione, evitare di mangiare a letto, ecc.); 3) organizzare una routine da mettere in atto ogni sera prima di andare a dormire; 4) alzarsi dal letto se non si riesce a dormire; 5) svegliarsi alla stessa ora tutte le mattine; 6) evitare i sonnellini diurni.
RESTRIZIONE DEL SONNO	<i>Tecnica comportamentale.</i> Come il controllo degli stimoli, anche la restrizione del sonno ha l'obiettivo di insegnare al paziente a stare a letto solo per il tempo in cui dorme. Il tempo a letto è ridotto alle ore di sonno che in media il paziente riesce a dormire. Gli orari di letto pianificati con il terapeuta devono essere rispettati anche durante il fine settimana.
IGIENE DEL SONNO	<i>Tecnica comportamentale ed educativa.</i> Informazioni generali su comportamenti che possono contribuire al mantenimento di un sonno di buona qualità (p.e. sport, giusta temperatura, ecc.).
TECNICHE DI RILASSAMENTO	<i>Tecniche cognitive e comportamentali.</i> Una serie di metodi diretti a ridurre l'iper-attivazione somatica e cognitiva riscontrata tipicamente nei pazienti con insonnia (p.e. rilassamento muscolare progressivo; training autogeno; tecniche di immaginazione; meditazione).
RICOSTRUZIONE COGNITIVA	<i>Tecnica cognitiva.</i> Una tecnica diretta a riformulare una serie di credenze, comportamenti e preoccupazioni disfunzionali sul sonno e una serie di false credenze e false attribuzioni sulle cause e sul mantenimento dell'insonnia.
CONTROLLO COGNITIVO (TECNICA DELLA SEDIA)	<i>Tecnica cognitiva.</i> Il paziente riceve l'istruzione di ritagliarsi 20 minuti circa ogni sera dopo cena per sedersi su una sedia comoda e scrivere tutti i pensieri e le preoccupazioni della giornata insieme a una lista delle cose da fare il giorno dopo. Il rationale di questa strategia è di insegnare al paziente a pensare alle proprie preoccupazioni prima di andare a letto in modo da ridurre i processi di ruminazione tipici della fase di addormentamento.
INTENZIONE PARADOSSALE	<i>Tecnica cognitiva.</i> Una tecnica diretta a ridurre l'ansia anticipatoria nella fase di addormentamento. Il paziente riceve l'istruzione di rimanere a letto in una posizione comoda per dormire e con gli occhi chiusi, ma provando a restare sveglio il più a lungo possibile. Il rationale di questa strategia è di togliere al paziente l'idea di essere responsabile dell'inizio del sonno comportando allo stesso tempo un addormentamento più veloce.

Tabella 1: Principali tecniche cognitive e comportamentali incluse nel programma di trattamento cognitivo-comportamentale per l'insonnia.

Il TCC-I per pazienti con concomitanti disturbi psicologici

Negli ultimi anni molti ricercatori si sono chiesti se il TCC-I sia efficace anche nei casi di insonnia concomitante ad altro disturbo psicologico. In una rassegna pubblicata su *Clinical Psychology Review* nel 2005, Smith e co-autori per la prima volta hanno valutato questa ipotesi in maniera sistematica e sono andati a vedere se esistevano in letteratura dati di efficacia rispetto alla

somministrazione del TCC-I per il trattamento delle difficoltà di sonno in pazienti con diversi disturbi medici e psichiatrici (Smith *et al.*, 2005). Prendendo in considerazione i disturbi psichiatrici, gli autori hanno trovato che gli studi pubblicati sull'argomento fino al 2005 indicavano che il TCC-I era efficace nel migliorare la qualità del sonno misurata attraverso questionari psicometrici e/o diari del sonno anche nei casi di insonnia associata ad altro disturbo psicologico. Tuttavia, gli autori hanno anche sottolineato la scarsità degli studi pubblicati sull'argomento e in particolare che per alcuni disturbi psicologici non sembra esserci alcuno studio disponibile sull'argomento. Inoltre, gli studi pubblicati spesso non avevano incluso un gruppo di controllo. Riassumendo, gli autori hanno descritto nel loro lavoro di rassegna per il disturbo di depressione due studi senza gruppo di controllo, uno studio per il disturbo post-traumatico da stress e uno studio per una popolazione con abuso di alcol. Nessuno studio è stato identificato per i disturbi d'ansia generalizzato, da attacchi di panico, ossessivo-compulsivo o dell'alimentazione. Un dato interessante è stato rilevato rispetto allo studio condotto su pazienti con disturbo post-traumatico da stress in cui i risultati al post-trattamento hanno mostrato non solo un miglioramento dei sintomi del sonno, ma un generale miglioramento anche rispetto ai sintomi di ansia e di depressione misurati attraverso questionari psicometrici (Krakow *et al.*, 2001).

Gli studi recenti sull'efficacia del TCC-I per pazienti con concomitanti disturbi psicologici (dal 2005 ad oggi)

Dal 2005 ad oggi nuovi studi sono stati pubblicati sulla valutazione dell'efficacia del TCC-I per il disturbo di insonnia associato ad altro disturbo psicologico. L'obiettivo di questa rassegna è quello di descrivere gli studi clinici più recenti sull'argomento.

Disturbi psicologici misti

Un primo gruppo di studi ha valutato l'efficacia del TCC-I in campioni di pazienti con diversi disturbi psicologici senza focalizzarsi su un disturbo in particolare. Nel 2009, Edinger e co-autori (Edinger *et al.*, 2009) hanno valutato l'efficacia del TCC-I rispetto a un intervento esclusivamente psicoeducativo sul sonno (approfondimenti sui processi di sonno e su alcuni comportamenti che favoriscono il sonno inclusi nel protocollo dell'igiene del sonno) in due gruppi rispettivamente con insonnia primaria (N=40) e insonnia associata a diversi disturbi psicologici o medici (N=41). Entrambi gli interventi sono stati somministrati individualmente, con durata di 30-60 minuti a incontro per 4 incontri bisettimanali in totale e sono stati condotti da due psicologi clinici, una donna e un uomo. Il protocollo TCC-I includeva sia le strategie cognitive che quelle comportamentali. Gli effetti degli interventi sono stati valutati attraverso l'uso di diari del sonno,

questionari psicometrici e attigrafia. Quest'ultima misura consiste nella valutazione del movimento attraverso l'uso di una sorta di orologio da portare al polso non dominante. L'attigrafia viene spesso usata nella ricerca sul sonno come misura fisiologica del sonno meno invasiva rispetto alla polisonnografia. I risultati hanno mostrato un miglioramento significativamente superiore nei parametri del sonno (misurati sia attraverso diari che attraverso attigrafia) nei pazienti che avevano seguito il TTC-I rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Sebbene gli effetti fossero più forti per le analisi condotte sui diari del sonno, il tempo di veglia totale durante la notte secondo valutazione attigrafica è diminuito di più nel gruppo TCC-I. Inoltre, il gruppo sperimentale ha mostrato miglioramenti significativi e superiori rispetto al gruppo di controllo nelle misure psicometriche dei sintomi di insonnia e delle credenze disfunzionali associate alle condotte di sonno. Nessuna differenza è stata notata tra i pazienti con insonnia primaria e i pazienti con insonnia associata ad altra condizione clinica rilevante.

Un altro studio nel 2011 ha considerato un gruppo di 19 pazienti presi da un campione di 74 pazienti psichiatrici con diversi disturbi (depressione, abuso di alcol, schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, disturbo post-traumatico da stress, psicosi non meglio specificata o delirio, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, demenza e pazienti con più disturbi insieme) (Hayness *et al.*, 2011). I pazienti hanno ricevuto una sola sessione di TCC-I di gruppo. Gli effetti dell'intervento sono stati valutati attraverso un questionario molto usato per valutare la gravità del disturbo di insonnia, l'Insomnia Severity Index (ISI, Bastien *et al.*, 2001). I risultati hanno mostrato una differenza significativa tra il punteggio medio dei pazienti al pre-intervento (media \pm deviazione standard: 17.53 ± 7.33) rispetto al post-intervento (13.36 ± 7.52 ; $F_{(1,18)} = 5.70$, $p < 0.05$). Infine, un terzo studio ha valutato l'efficacia di un intervento TCC-I somministrato come libretto di auto-aiuto. I pazienti sono stati assegnati casualmente a tre gruppi: un gruppo con libretto di auto-aiuto e supporto telefonico settimanale di un terapeuta (N=44), un gruppo con libretto di auto-aiuto, ma senza supporto telefonico (N=45) e un gruppo in lista di attesa (N=44) (Jarnelöv *et al.*, 2012). Tutti i pazienti presentavano un disturbo di insonnia associato a un'altra condizione clinica rilevante, come per esempio la depressione o problemi associati al dolore fisico. Le misure usate sono state i diari del sonno e l'ISI. Gli autori hanno trovato che il TCC-I in popolazioni cliniche miste sembra essere efficace anche quando somministrato come libretto di auto-aiuto, anche se nel gruppo con supporto settimanale gli effetti trovati sono stati di maggiore rilevanza.

Depressione maggiore

Circa il 90% dei pazienti con depressione presenta i sintomi caratteristici dell'insonnia (Riemann *et al.*, 2001). Inoltre, le difficoltà di sonno sembrano persistere anche dopo un trattamento efficace del disturbo depressivo (Riemann, 2009). E' quindi comprensibile che la maggior parte degli studi sull'efficacia del TCC-I in diversi disturbi psichiatrici si sia focalizzata principalmente sul disturbo depressivo. Taylor *et al.* (2007) hanno condotto uno studio clinico sull'efficacia del TCC-I su 10 pazienti a cui era stato diagnosticato un episodio depressivo negli ultimi sei mesi. I pazienti hanno ricevuto un trattamento individuale con cadenza settimanale per una durata totale di sei settimane. Il trattamento somministrato includeva principalmente le strategie comportamentali del TCC-I e qualche protocollo di ricostruzione cognitiva diretto a correggere alcuni pensieri disfunzionali rispetto ai processi di sonno e al disturbo di insonnia. I risultati hanno mostrato un miglioramento della qualità del sonno misurata attraverso diari del sonno sia rispetto ai singoli parametri del sonno, come per esempio una riduzione della latenza di addormentamento e del tempo di veglia totale durante la notte, sia rispetto a una stima generale della qualità del sonno. Inoltre, i risultati di questo studio hanno mostrato una riduzione del punteggio al Beck Depression Inventory (BDI, Beck *et al.*, 1961) al post-trattamento: da un punteggio medio prima dell'intervento di 14 a un punteggio medio di 5.75 dopo l'intervento fino a un punteggio medio di 5 dopo tre mesi alla valutazione di follow-up. La generalizzabilità di questi risultati tuttavia è limitata dal piccolo campione valutato e dalla mancanza di un gruppo di controllo.

Nel 2008, Manber e colleghi hanno condotto uno studio randomizzato controllato su un campione di 30 pazienti con depressione maggiore. I pazienti sono stati assegnati casualmente a un intervento combinato di TCC-I e farmaco antidepressivo (escitalopram) o a un intervento combinato di escitalopram e una terapia psicologica di quasi-desensibilizzazione (terapia di controllo) (Manber *et al.*, 2008). Il protocollo TCC-I includeva sia le tecniche cognitive che quelle comportamentali ed è consistito in cinque sessioni settimanali individuali e due bisettimanali. I risultati hanno mostrato una percentuale di casi di remissione della depressione significativamente maggiore per il gruppo che aveva ricevuto il farmaco insieme al TCC-I (62%) rispetto ai casi di remissione riscontrati nel gruppo che aveva ricevuto il farmaco insieme alla terapia psicologica di controllo (33%). Lo stesso gruppo di ricerca ha condotto un altro studio nel 2011 (Manber *et al.*, 2011) con l'obiettivo di valutare l'efficacia del TCC-I, somministrato come terapia di gruppo per sette incontri come nello studio precedente, rispetto a una valutazione globale di benessere (well-being) e a una stima soggettiva della severità dei sintomi depressivi e delle idee suicidarie in un campione di 301 pazienti con una richiesta di trattamento per il disturbo di insonnia che avevano compilato nel periodo di valutazione il BDI. Il campione è stato successivamente diviso in pazienti con punteggi

minori di 14 al BDI e pazienti con punteggi uguali o superiori a 14 al BDI. Il TCC-I si è dimostrato ugualmente efficace per i sintomi di insonnia per entrambi i gruppi con bassi e alti punteggi nella scala di depressione. Inoltre, nel gruppo di pazienti con alti punteggi al BDI, il TCC-I è risultato efficace nel ridurre la stima della gravità dei sintomi depressivi, delle idee suicidarie e in generale ha prodotto un effetto positivo sulla stima del livello di divertimento, di un atteggiamento speranzoso, dell'auto-stima, della gestione dello stress, della produttività al lavoro, dell'umore e dei livelli di energia. L'interpretazione dei risultati di questo studio deve tuttavia tenere in considerazione che si riferiscono solo a quei pazienti che hanno completato l'intero trattamento, mentre dati in letteratura riportano che alti livelli di depressione predicono la decisione di interrompere una terapia di gruppo per l'insonnia (Ong *et al.*, 2008).

Ad oggi nessuno studio ha valutato l'efficacia del TCC-I in pazienti con altro disturbo dell'umore rispetto alla depressione.

Disturbi d'ansia

I sintomi di insonnia sono molto prevalenti anche nei disturbi d'ansia ed è stato stimato che un numero tra il 70 e il 90 % dei pazienti con disturbi d'ansia riporta di soffrire di insonnia. Dall'altra parte, i pazienti con insonnia riportano punteggi superiori nei questionari indicativi della presenza di elevati livelli d'ansia rispetto a persone senza un disturbo del sonno (Fernandez-Mendoza *et al.*, 2009). Una recente meta-analisi ha valutato l'efficacia del TCC-I nel ridurre i sintomi d'ansia o di costrutti associati all'ansia, come l'iperattivazione e un elevato livello di preoccupazione o di stress in 50 studi pubblicati tra il 1980 e il 2009. Gli autori hanno trovato che il TCC-I sembra avere un effetto moderato, ma positivo e significativo, nel ridurre i sintomi d'ansia associati all'insonnia. Tuttavia, questa meta-analisi ha messo in evidenza il poco accordo su quali sintomi d'ansia debbano essere valutati in una popolazione di pazienti con insonnia, data l'elevata variabilità tra le misure usate nei diversi studi. Ad oggi non molti studi hanno valutato l'efficacia del TCC-I in pazienti con specifici disturbi d'ansia. Germain *et al.* (2007) hanno somministrato a sette vittime di crimini violenti con disturbo post-traumatico da stress un breve intervento diretto sia ai sintomi di insonnia sia alla presenza di incubi. La parte riferita ai sintomi di insonnia includeva i protocolli comportamentali del controllo degli stimoli e della restrizione del sonno e in più comprendeva una componente psicoeducativa. I risultati ottenuti attraverso l'uso di diari del sonno non hanno mostrato differenze tra il pre- e il post-intervento, tuttavia, il punteggio al Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI, Buysse *et al.*, 1989: un questionario ampiamente usato per misurare una stima globale della qualità del sonno) è risultato significativamente ridotto dopo il trattamento. L'interpretazione

di questo studio è tuttavia limitata dalla mancanza di gruppo di controllo e dal piccolo campione reclutato e soprattutto dall'impossibilità di distinguere gli effetti ottenuti in seguito all'intervento sull'insonnia rispetto a quelli ottenuti in seguito all'intervento per gli incubi. In uno studio simile a questo del 2009, Swanson e colleghi hanno trovato un miglioramento significativo rispetto ai diari del sonno tra pre- e post-trattamento in un campione di 10 pazienti con disturbo post-traumatico da stress. In questo studio il protocollo TCC-I includeva anche le tecniche cognitive ed aveva una durata più lunga. Tuttavia, come nello studio precedente, gli effetti del TCC-I non possono essere separati da quelli del trattamento per gli incubi (Swanson *et al.*, 2009).

L'unico studio al momento disponibile che ha incluso un gruppo di controllo nella valutazione dell'efficacia del TCC-I in pazienti con disturbo post-traumatico da stress è stato condotto da Ulmer e co-autori e pubblicato nel 2011 (Ulmer *et al.*, 2011). Il trattamento dato al gruppo sperimentale (N=12) in questo studio è consistito nella combinazione tra terapia farmacologica e TCC-I, mentre il gruppo di controllo (N=9) riceveva soltanto la terapia farmacologica. Il gruppo sperimentale dopo il trattamento con farmaco ha ricevuto un intervento di 6 settimane con incontri bisettimanali che includeva sia il TCC-I che il trattamento per gli incubi. Anche i risultati di questo studio hanno mostrato che il trattamento dei disturbi del sonno nei pazienti con disturbo post-traumatico da stress sembra avere degli effetti significativi non solo nel migliorare la qualità del sonno, ma anche sui sintomi tipici del disturbo post-traumatico da stress. Nel gruppo di controllo, invece, nessun paziente ha mostrato miglioramenti nei sintomi del disturbo d'ansia e nelle difficoltà di sonno. Tuttavia, come per gli altri studi, anche per questo interessante trial clinico va considerato che il campione era piccolo e che il trattamento per i sintomi di insonnia è stato usato insieme al trattamento per gli incubi.

Nessuno studio ad oggi ha valutato se il trattamento TCC-I possa essere usato utilmente con pazienti con altri disturbi d'ansia, a parte la descrizione di un caso clinico di un paziente di 32 anni con fobia sociale (Tang, 2010). Il paziente è stato curato con TCC-I per 5 incontri settimanali ed ha mostrato un miglioramento sulla qualità di sonno misurata con diari e questionari e sui livelli d'ansia riportati al Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond e Snaith, 1983).

Abuso di alcolici

Una popolazione ad alto rischio di presentare un disturbo di insonnia rilevante sono i pazienti in remissione da un disturbo da dipendenza di alcolici. E' stato riportato che un numero tra il 36 e il 72 % dei pazienti che riescono a raggiungere l'astinenza riportano un disturbo di insonnia (Ford e Kamerow, 1989). Due studi condotti dallo stesso gruppo di ricerca hanno valutato l'efficacia del

TCC-I in questi pazienti (Arnedt *et al.*, 2007; 2011). Nel primo studio, sette pazienti hanno ricevuto un intervento della durata totale di otto incontri settimanali individuali e hanno ottenuto sia una riduzione della latenza di addormentamento e del tempo totale di veglia durante la notte, sia un miglioramento nell'indice di efficienza del sonno e nei punteggi ai questionari relativi al disturbo di insonnia (Arnedt *et al.*, 2007). Inoltre nessun paziente ha avuto ricadute rispetto all'uso di alcol. Nel secondo studio, 17 pazienti sono stati assegnati casualmente a un intervento TCC-I con durata simile al primo studio (N=9) o a un intervento comportamentale placebo (simile all'intervento di desensibilizzazione usato da Manber *et al.* 2008 nello studio con i pazienti con depressione). I risultati hanno mostrato nuovamente un miglioramento della qualità del sonno rispetto alla durata di veglia notturna e l'indice di efficienza del sonno. Inoltre, i pazienti nel gruppo TCC-I hanno riportato un miglioramento nella stima del proprio livello di fatica rispetto ai pazienti nel gruppo di controllo. I risultati di questo studio non hanno mostrato differenza tra i due gruppi rispetto alla percentuale di pazienti con ricaduta rispetto all'uso di alcolici.

Sintomi psicotici

Uno studio interessante ha valutato l'efficacia del TCC-I in 15 pazienti con problemi di insonnia e con idee persecutorie resistenti al trattamento (Myers *et al.*, 2009). Sono stati inclusi nello studio pazienti o con una diagnosi di schizofrenia, o di disturbo psicotico, o di psicosi, o di disturbo schizoaffettivo o di disturbo delirante in cui le idee persecutorie siano persistite per almeno sei mesi al trattamento. La definizione di idee persecutorie usata in questo studio includeva: a) il paziente doveva credere che qualcuno gli o le stava facendo del male o stava per farlo; b) il paziente doveva credere che il persecutore aveva l'intenzione di fargli o farle del male; con la precisazione che per male era intesa qualsiasi azione che potesse causare stress nel paziente e solo nel paziente (un'idea persecutoria per un amico o un familiare non rientrava in questa definizione) e che il paziente doveva credere che il persecutore stesse per agire (Freeman e Garety, 2000). Tutti i pazienti hanno ricevuto un intervento di quattro sessioni individuali a cadenza settimanale (anche se per alcuni pazienti si è reso necessario allungare l'intervento a otto settimane per completare il programma). Il programma di TCC-I includeva sia le strategie cognitive che comportamentali. I risultati hanno mostrato risultati significativi nella direzione auspicata per la differenza tra il punteggio pre-intervento e il punteggio post-intervento per tutte le misure usate dei diversi costrutti riferiti al disturbo di insonnia e ai sintomi psicotici: l'ISI ($p < 0.001$), il PSQI ($p < 0.001$), il Green et al Paranoid Thought Scale-A ($p < 0.001$), il Green et al Paranoid Thought Scale-B ($p = 0.001$), lo Psychotic Symptoms Rating Scale: Delusion Subscale ($p < 0.001$), il Cardiff Anomalous Perception

Scale ($p=0.018$), il Depression Anxiety Stress Scale – Depression Score ($p=0.008$) e il Depression Anxiety Stress Scale – Anxiety Score ($p<0.001$).

Conclusioni

I risultati degli studi pubblicati dopo il 2005 e descritti in questa rassegna sono riassunti schematicamente nella Tabella 2. In generale, questi studi mostrano che il trattamento psicologico del disturbo di insonnia sembra essere efficace nella cura dei sintomi del disturbo non solo per pazienti con insonnia primaria, ma anche per pazienti con diversi e complessi profili psicologici. Inoltre, molti di questi studi suggeriscono che il miglioramento nei sintomi di insonnia si associa anche con un miglioramento globale della salute mentale del paziente. Una possibile conseguenza clinica di questi risultati potrebbe essere l'aggiunta dei protocolli di TCC-I nel programma di trattamento dei disturbi psichiatrici. Tuttavia, la letteratura esistente sull'argomento è al momento ancora troppo limitata e la ricerca clinica futura deve intensificarsi per poter trarre conclusioni più solide sulla base della ricerca scientifica. In primo luogo, dal 2005 ad oggi sono apparsi in letteratura solo dodici studi clinici sull'argomento: tre studi rispettivamente per disturbi misti, per depressione e per disturbo post-traumatico da stress, due studi per il disturbo da abuso di alcolici e uno studio per disturbi da idee persecutorie. Inoltre la maggior parte di questi studi è stata condotta su campioni molto piccoli, a parte uno studio relativo al disturbo depressivo con 301 pazienti (Manber *et al.*, 2011) che tuttavia non rappresentavano un campione clinico rispetto alla depressione, ma solo rispetto al disturbo di insonnia, e due studi relativi a disturbi psicologici misti con rispettivamente 81 (Edinger *et al.*, 2009) e 133 (Jarnelöv *et al.*, 2012) pazienti. Un ulteriore limite di questi studi è che sette su dodici non hanno incluso un gruppo di controllo (vedi Tabella 2).

In conclusione, la letteratura sull'argomento è affascinante e promettente, ma al momento ancora troppo povera per poter trarre delle conclusioni stabili. In particolare, se rispetto al trattamento delle difficoltà di sonno sembra esserci un accordo esteso tra i diversi studi, gli effetti del TCC-I rispetto ai sintomi clinici degli altri disturbi psicologici non sono ancora chiari e andrebbero meglio valutati. Se questi dati preliminari venissero confermati da ricerche future, questo confermerebbe le teorie che suggeriscono come l'insonnia abbia un ruolo rilevante nel mantenimento della psicopatologia generale (per esempio l'ipotesi transdiagnostica, Harvey, 2008; 2009; 2011). Una conseguenza importante di questo dato sarebbe che il trattamento precoce dei sintomi di insonnia potrebbe prevenire in alcuni casi lo sviluppo di altri disturbi psicologici. Tuttavia, come detto sopra, su questo al momento non ci sono dati stabili anche se delle recenti

linee-guida della Associazione Europea di Psichiatria sul trattamento e la prevenzione dei suicidi raccomandano un'attenzione alle difficoltà di sonno nell'intervento multicomponentiale che deve essere seguito nei casi in cui vi sia un rischio di suicidio (Wasserman *et al.*, 2012).

Studio	Disturbo	Strategie TCC-I (cognitive=COG; comportamentali=COMP)	Intervento di controllo	Pazienti (N)	Misure	Risultati
Jarnelöv <i>et al.</i> , 2012	Disturbi misti	COG e COMP	Sì, lista d'attesa	133	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia
Arnedt <i>et al.</i> , 2011	Abuso di alcolici	COG e COMP	Sì, intervento psicologico placebo	17	Diari del sonno, questionari e ricadute	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e nella stima di fatica, ma non rispetto alle ricadute
Hayness <i>et al.</i> , 2011	Disturbi misti	COG e COMP	No	19	Questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia
Manber <i>et al.</i> , 2011	Depressione	COG e COMP	No	301	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e nei sintomi depressivi
Ulmer <i>et al.</i> , 2011	Disturbo post-traumatico da stress	COG e COMP	Sì, trattamento farmacologico	21	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e nei sintomi d'ansia
Edinger <i>et al.</i> , 2009	Disturbi misti	COG e COMP	Sì, solo igiene del sonno	81	Diari del sonno, questionari e attigrafia	Miglioramenti nei sintomi di insonnia
Myers <i>et al.</i> , 2009	Idee persecutorie	COG e COMP	No	15	Questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e nei sintomi psicotici
Swanson <i>et al.</i> , 2009	Disturbo post-traumatico da stress	COG e COMP	No	10	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia, ma non nei sintomi d'ansia
Manber <i>et al.</i> , 2008	Depressione	COG e COMP	Sì, trattamento farmacologico e intervento psicologico placebo	30	Diari del sonno, questionari, attigrafia e casi di remissione dalla depressione	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e più casi di remissione
Arnedt <i>et al.</i> , 2007	Abuso di alcolici	COG e COMP	No	7	Diari del sonno, questionari e ricadute	Miglioramenti nei sintomi di insonnia, ma non rispetto alle ricadute

Germain <i>et al.</i> , 2007	Disturbo post-traumatico da stress	COMP	No	7	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nella stima della qualità del sonno, ma non nei parametri di sonno. Miglioramenti nei sintomi d'ansia
Taylor <i>et al.</i> , 2007	Depressione	prevalentemente COMP	No	10	Diari del sonno e questionari	Miglioramenti nei sintomi di insonnia e nei sintomi depressivi

Tabella 2. Riassunto degli studi pubblicati dal 2005 ad oggi

Bibliografia

- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arnedt, J.T., Conroy, D., Rutt, J., Aloia, M.S., Brower, K.J., & Armitage, R. (2007). An open trial of cognitive-behavioral treatment for insomnia comorbid with alcohol dependence. *Sleep Medicine*, 8, 176–180.
- Arnedt, J.T., Conroy, D.A., Armitage, R., & Brower, K.J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol dependent patients: a randomized controlled pilot trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 227–233.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 227–238.
- Bastien, C.H., Vallieres, A., & Morin, C.M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Borsboom, D., Cramer, A.O.J., Schmittmann, V.D., Epskamp, S., & Waldorp, L.J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS One*, 6, e27407.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F. 3rd, Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Devoto, A., & Violani, C. (2009). *Curare l'insonnia senza farmaci: Metodi di valutazione e intervento cognitivo-comportamentale*. Roma: Carocci Editore.
- Edinger, J.D., Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Means, M.K., Lineberger, M.D., Kirby, A., & Carney, C.E. (2009). Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep*, 32, 499-510.
- Fernandez-Mendoza, J., Vela-Bueno, A., Vgontzas, A.N., Olavarrieta-Bernardino, S., Ramos-Platón, M.J., Bixler, E.O., & De la Cruz-Troca J.J. (2009). Nighttime sleep and daytime functioning correlates of the insomnia complaint in young adults. *Journal of Adolescence*, 32, 1059-1074.
- Ford, D.E., & Kamerow, D.B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 262, 1479–1484.
- Freeman, D., & Garety, P.A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414.

- Germain, A., Shear, M.K., Hall, M., & Buysse, D.J. (2007). Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 45, 627–632
- Harvey, A.G., Murray, G., Chandler, R.A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31, 225-235.
- Harvey, A.G. (2009). A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 35-42.
- Harvey, A.G. (2008). Insomnia, Psychiatric Disorders, and the Transdiagnostic Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 299-303.
- Haynes, P.L., Parthasarathy, S., Kersh, B., & Bootzin, R.R. (2011). Examination of insomnia and insomnia treatment in psychiatric inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 130-136.
- Irwin, M.R., Cole, J.C., & Nicassio, P.M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioural interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology*, 25, 3-14.
- Jarnelöv S, Lekander M, Blom K, Rydh, S., Ljötsson, B., Axelsson, J., & Kaldö, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for comorbid and primary insomnia – a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 5.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Coulouvrat, C., Hajak, G., Roth, T., Shahly, V., Shillington, A.C., Stephenson, J.J., & Walsh, J.K. (2011). Insomnia and the performance of US workers: results from the American Insomnia Survey. *Sleep*, 34, 1161–1171.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994, 62, 1009-1016.
- Krakow, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T.D., Chavez-Kennedy, D., & Herlan, M.J. (2001). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2043-2047.
- Manber R, Bernert RA, Suh S, Novakowski, S., Siebern, A.T., & Ong, J.C. (2011). CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7, 645-652.
- Manber, R., Edinger, J.D., Gress, J.L., San Pedro-Salcedo, M.G., Kuo, T.F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31, 489–495.
- McCall, W.V., Blocker, J.N., D'Agostino, R. Jr., Kimball, J., Boggs, N., Lasater, B., & Rosenquist, P.B. (2010). Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Medicine*, 11, 822-827.
- Morin, C.M., Bélanger, L., LeBlanc, M., Ivers, H., Savard, J., Espie, C.A., Mérette, C., Baillargeon, L., & Grégoire, J.P. (2009). The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 169, 447–453.
- Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., & Lichstein, K.L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29, 1398-1414.
- Morin, C.M., Culbert, J.P., & Schwartz S.M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- Morin, C.M., Hauri, P.J., Espie, C.A., Spielman, A.J., Buysse, D.J., & Bootzin, R.R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 22, 1134-1156.
- Murtagh, D.R., & Greenwood, K.M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79-89.
- Myers, E., Startup, H., & Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: a pilot trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 330-336.

- Ohayon, M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111.
- Ong, J.C., Kuo, T.F., & Manber, R. (2008). Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Review*, 64, 419-425.
- Perlis, M.L., Smith, M.T., Cacialli, D.O., Nowakowski, S., & Orff, H. (2003). On the comparability of pharmacotherapy and behaviour therapy for chronic insomnia. Commentary and implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 51-59.
- Riemann, D., Berger, M., & Voderholzer, U. (2001). Sleep in depression: results from psychobiological studies. *Biological Psychology*, 57, 67-103.
- Riemann, D., & Perlis, M.L. (2009). The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 205-214.
- Riemann, D. (2009). Does effective management of sleep disorders reduce depressive symptoms and the risk of depression? *Drugs*, 69, 43-64.
- Siversten B, Overland S, Bjorvatn B, Maeland, J.G., & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave? the Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 67-74.
- Smith, M.T., Huang, M.I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia, occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 559-592.
- Swanson, L.M., Favorite, T.K., Horin, E., & Arnedt, J.T. (2009). A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 639-642.
- Tang, N.K.Y. (2010). Brief CBT-I for insomnia comorbid with social phobia: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 113-122.
- 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. *Behavior Therapy*, 38, 49-57.
- Ulmer, C.S., Edinger, J.D., & Calhoun, P.S. (2011). A multi-component cognitive-behavioral intervention for sleep disturbance in veterans with PTSD: a pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7, 57-68.
- Walker, M.P. (2010). Sleep, memory and emotion. *Progress in Brain Research*, 185, 49-68.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatry Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27, 129-141.
- Zhang, B., & Wing, Y.K. (2006). Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*, 29, 85-93.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Chiara Baglioni

Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Friburgo

e-mail: chiara.baglioni@uniklinik-freiburg.de

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