

Michael L. Perlis,
Carla R. Jungquist, Michael T. Smith
e Donn Posner

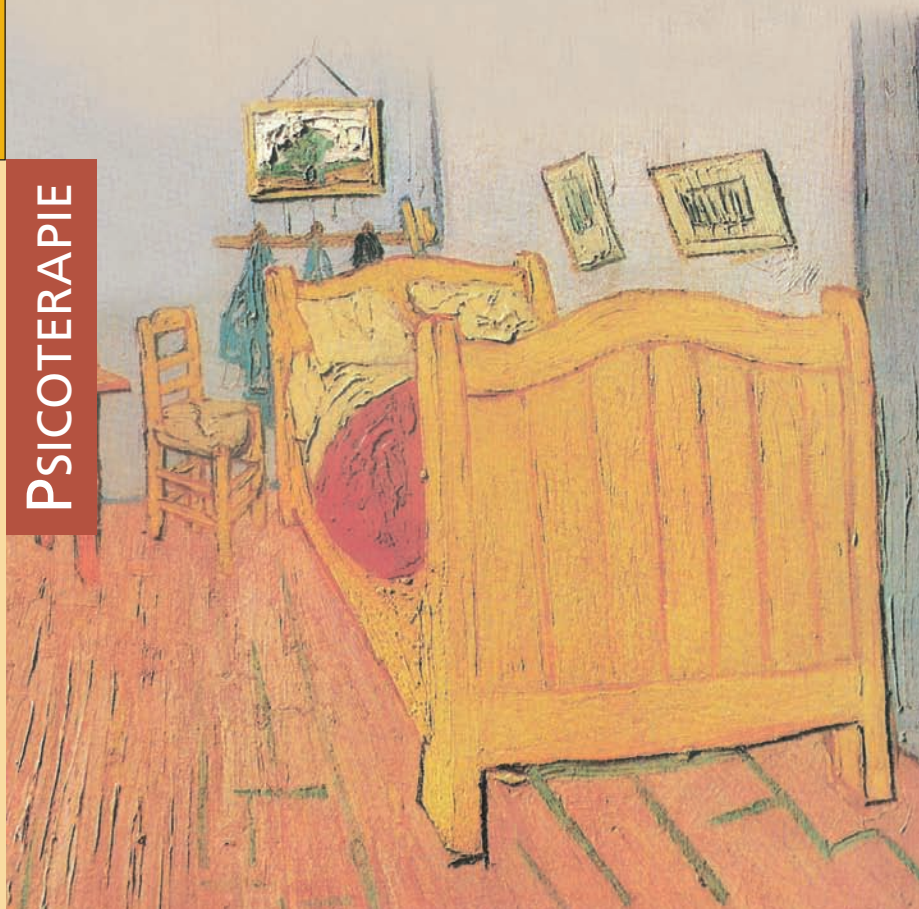
Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia

Linee guida per la pratica clinica

Edizione italiana a cura di
L. Palagini, L. Bontempelli,
A. Gemignani e M. Guazzelli

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Michael L. Perlis,
Carla R. Jungquist, Michael T. Smith
e Donn Posner

Il trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia

Linee guida per la pratica clinica

Edizione italiana a cura di
L. Palagini, L. Bontempelli,
A. Gemignani e M. Guazzelli

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Traduzione di Laura Palagini

In copertina: Vincent Van Gogh, *Camera dell'artista*, 1888

Translation from English language edition:

Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia

by Michael L. Perlis, Carla R. Jungquist, Michael T. Smith and Donn Posner

Copyright © 2005, Springer US

Springer US is a part of Springer Science+Business Media

All Rights Reserved

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Ai miei genitori (Edie e Marvin Perlis).
Cosa può dire un figlio per il sostegno e l'amore di tutta una vita?
“Grazie” è un piccolo, ma sentito, omaggio...
questo, e “ci si vede al porto”.

A Donna Giles.
Ti ringrazio per il tuo sostegno, così grande.
Questo libro, la mia ricerca, la mia carriera,
tutto si sarebbe interrotto molto tempo fa,
non fosse stato per la tua attenzione, la tua gentilezza, la tua generosità.

A Leisha Smith.
Ti siamo grati per il tuo aiuto e il tuo duro lavoro,
soprattutto negli ultimi mesi di questo progetto.
L'energia che ci hai infuso è stata un rimedio essenziale contro la fatica.

Indice

Ringraziamenti	pag.	9
Introduzione	»	11
1. Principali componenti della terapia	»	13
1. Interventi di prima scelta	»	13
2. Interventi di seconda scelta	»	17
3. Caratteristiche del trattamento	»	23
4. Indicazioni al trattamento	»	23
5. Caratteristiche del terapeuta	»	24
6. La relazione clinica	»	25
7. Il setting	»	26
8. L'ufficio del terapeuta	»	26
9. Le cartelle cliniche	»	26
10. Inquadramento diagnostico	»	27
11. Il ruolo della polisonnografia	»	30
12. Il ruolo dell'actigrafia	»	31
13. Primo contatto con il paziente	»	33
2. Sessioni del trattamento	»	34
1. Sessione I. Valutazione Iniziale	»	34
2. Sessione II. Inizio del Trattamento: la Tecnica della Restrizione del Sonno e del Controllo degli Stimoli	»	47
3. Sessione III. Rivalutazione Terapeutica: la Tecnica dell'Igiene del Sonno	»	59
4. Sessione IV. Rivalutazione Terapeutica: la Tecnica di Ristrutturazione Cognitiva	»	74
5. Sessione V. Rivalutazione Terapeutica	»	80

6. Sessione VI. Rivalutazione Terapeutica	pag. 86
7. Sessione VII. Rivalutazione Terapeutica	» 87
8. Sessione VII. Valutazioni Conclusive	» 88
3. Colloqui esemplificativi	» 93
1. Diari del sonno	» 93
2. Uso della terapia farmacologica	» 96
3. Effetti negativi del trattamento	» 100
4. Restrizione di Sonno e Controllo degli Stimoli	» 105

Appendici

1. Definizione di insonnia	» 109
2. Linee guida dell'American Academy of Sleep Medicine per il diploma in Behavioral Sleep Medicine	» 113
3. Questionari di valutazione	» 118
4. Diario del sonno giornaliero	» 125
5. Diario del sonno settimanale	» 128
6. Esempio grafico del diario del sonno	» 130
7. Dati sull'uso di modafinil	» 132

Bibliografia	» 135
---------------------	-------

Ringraziamenti

Nel corso di questo progetto abbiamo avuto la fortuna di poter usufruire dei suggerimenti di molte persone che lavorano nel campo della medicina applicata ai disturbi del sonno. Così vogliamo ringraziarli uno per uno per il tempo che ci hanno dedicato e gli orizzonti che hanno saputo aprirci.

Richard Bootzin, University of Arizona.
Daniel Buysse, University of Pittsburgh.

Jack Edinger, Duke University.
Ken Lichstein, University of Memphis.
Art Spielman, City College of New York.
Edward Stepanski, Rush-Presbyterian.

Charlie Morin, Laval University.

Celyne Bastien, Laval University.
Allison Harvey, Oxford University.

Introduzione

Numerose evidenze indicano, ad oggi, che la terapia Cognitivo-Comportamentale dell'insonnia ("Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia – CBT-I" – *N.d.T.*) (Morin, Culbert, Schwart, 1994; Murtagh, Greenwood, 1995), presenti un'efficacia paragonabile a quella dei farmaci ipnoinducenti, sia durante la fase acuta del trattamento (le prime 4-8 settimane) (Morin, Colecchi, Stone, Sood, Brink, 1999; Smith, Perlis, Park, Smith, Pennington, Giles, Buysse, 2002), che nel lungo periodo (Morin, Colecchi, Stone, Sood, Brink, 1999). In generale, il trattamento con CBT-I si ritiene efficace nel 43-55% dei casi con un *effect size* di circa 1.04 (Smith, Perlis, Park, Smith, Pennington, Giles, Buysse, 2002). A tale proposito numerosi studi indicano che il trattamento è efficace sulla Latenza del Sonno (LS), sul Tempo di Veglia Infrasonno (TVI), e ancora più sul Tempo Totale di Sonno (TTS).

Dato che il trattamento con CBT-I è stato validato empiricamente e in modo rigoroso il nostro scopo è quello di rendere disponibile un manuale che ne fornisca le linee guida per la pratica clinica. Il manuale si propone di fornire:

- ai clinici che operano nel campo della Medicina del Sonno maggiori informazioni sulla pratica clinica cognitivo-comportamentale in modo tale da perfezionare e/o ampliare le proprie competenze sul trattamento con CBT-I;
- ai clinici che operano in altri campi della medicina la possibilità di iniziare ad apprendere i fondamenti del trattamento con CBT-I.

Per quest'ultimo gruppo si consiglia comunque di far riferimento per la propria formazione a specialisti di Medicina del Sonno in modo da poter eseguire una serie di esperienze cliniche che consentano di applicare i fondamenti teorici e le indicazioni pratiche fornite dal manuale.

Il manuale si compone essenzialmente di quattro parti: nella prima parte vengono descritte le componenti della terapia, la seconda è una guida sessione per sessione della terapia con CBT-I, nella terza vengono descritti alcuni casi clinici esemplificativi e in una quarta parte, l'appendice, vi sono alcuni

strumenti che possono essere utilizzati durante la terapia, come ad esempio le scale di valutazione o i questionari che possono essere somministrati nelle varie fasi di trattamento.

In ogni caso l'obiettivo principale di questo manuale è quello di fornire agli esperti di Medicina del Sonno dei validi strumenti per organizzare e implementare il Trattamento Cognitivo-Comportamentale dell'insonnia.

L'intento di questo manuale è di focalizzarsi sugli aspetti del trattamento con CBT-I, mentre per una trattazione più ampia della Medicina del Sonno e approfondimento del trattamento con CBT-I il lettore può far riferimento ai seguenti testi.

Riferimenti bibliografici

Testi di Medicina del Sonno

Kryger M., Roth T., Dement W. (eds.) (2000), *Principles & Practice of Sleep Medicine*, third edition, Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Chokroverty S. (1999), *Sleep Disorders Medicine*, second ed., Boston: Butterworth-Heinemann.

Testi sul Trattamento Cognitivo-Comportamentale dell'Insonnia

Perlis M.L., Lichstein K.L. (eds.) (2003), *Treating Sleep Disorders: The Principles & Practice of Behavioral Sleep Medicine*, Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Morin C.M., Espie C.A. (2003), *Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*, New York: Kluwer Academic/Plenum.

1. Principali componenti della terapia

Questo capitolo descrive brevemente quelli che sono gli interventi per il trattamento dell'insonnia, entrando nello specifico delle tecniche che vengono utilizzate, sessione per sessione, nel trattamento con CBT-I. Il Trattamento Cognitivo-Comportamentale più comunemente utilizzato per i disturbi del sonno comprende le seguenti tecniche: il Controllo degli Stimoli, la Restrizione di Sonno, l'Igiene del Sonno, le Tecniche di Rilassamento, e la Terapia Cognitiva. Tipicamente il trattamento dell'insonnia prevede l'utilizzo di tre o più di tali tecniche nell'ambito delle 4-8 settimane in cui si esplica ed è caratterizzato da incontri settimanali con il terapeuta. Le sessioni dovrebbero avere la durata di 30-90 minuti in base alla fase del trattamento e al grado di partecipazione del paziente. Questo manuale fornisce indicazioni riguardanti i trattamenti individuali dei disturbi del sonno, tuttavia vi sono dati che suggeriscono che l'approccio di gruppo produce risultati simili (Bastien, Morin, Bouchard, Laroche, Mimeault, LaBelle, Dufour, 1999). Di recente si è iniziato a ipotizzare che un approccio combinato possa essere quello più indicato, per cui è consigliabile dedicare i primi 2 o 3 incontri ad un approccio individuale, le sedute intermedie ad un approccio di gruppo, e le ultime fasi della terapia nuovamente ad un approccio individuale. Un simile approccio potrebbe avere il vantaggio di fornire al paziente un setting di gruppo che funzioni da sistema di supporto, migliorando l'aderenza alla terapia.

1. Interventi di prima scelta

Ciò che viene considerato un intervento di prima scelta nel trattamento dell'insonnia è ancora oggetto di discussione (Chesson, Anderson, Littner, Davila, Hartse, Johnson, Wise, Rafecas, 1999; Chesson, Hartse, Anderson, Davila, Johnson, Littner, Wise, Rafecas, 2000). Molti protocolli adottano un

approccio costituito dall'utilizzo di più tecniche, anche se le più usate sono generalmente quella del Controllo degli Stimoli, della Restrizione di Sonno e dell'Igiene del Sonno.

1.1. La Tecnica del Controllo degli Stimoli (TCS)

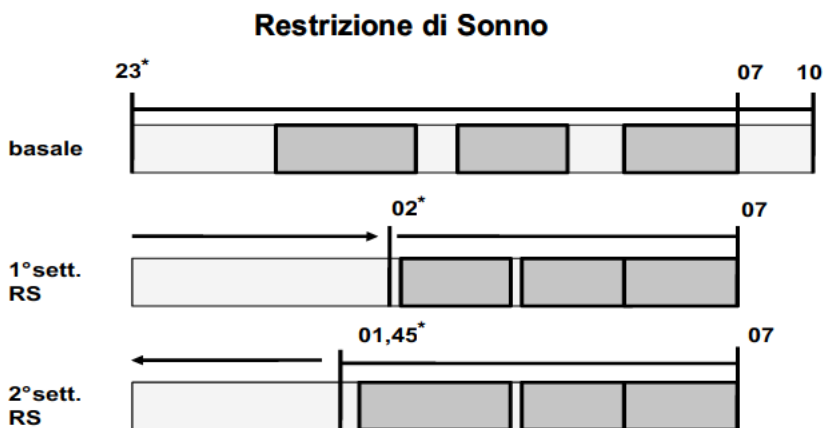
La Tecnica del Controllo degli Stimoli è raccomandata per il trattamento sia dei disturbi dell'addormentamento che del mantenimento del sonno (Bootzin, 1972; Bootzin, Epstein, Ward, 1991), ed è considerata il trattamento comportamentale di prima scelta per l'insonnia cronica poiché vi sono numerose evidenze scientifiche della sua efficacia in questo tipo di disturbo (Chesson, Anderson, Littner, Davila, Hartse, Johnson, Wise, Rafecas, 1999). L'applicazione di questa tecnica cerca di limitare il tempo che l'individuo trascorre nella camera a quello necessario per dormire, con lo scopo di decondizionare l'associazione letto-insonnia e rafforzare invece l'associazione tra camera-letto-sonno in modo tale che il soggetto si rechi nella stanza da letto solamente per coricarsi e/o quando sente il bisogno di dormire. Le istruzioni che sono fornite al paziente quando si utilizza questa tecnica includono: 1) andare a letto solo se si ha sonno; 2) utilizzare il letto e la camera da letto solamente per dormire o per le attività sessuali, evitando altri tipi di attività; 3) alzarsi da letto quando si è svegli da più di 15 minuti; e 4) ritornare a letto solamente se si ha sonno. Le indicazioni ai punti 3 e 4 possono essere ripetute più volte se necessario. Inoltre è importante stabilire con il paziente un orario di risveglio da osservare tutte le mattine, indipendentemente dalle ore di sonno dormite durante la notte precedente. Allo scopo di prevenire alcuni comportamenti che si potrebbero sviluppare, tipo controllare l'orologio per vedere quanto tempo si rimane svegli, alcuni clinici incoraggiano il paziente a lasciare la camera non appena si avverte la sensazione di essere riposati, svegli oppure annoiati o irritati.

Si pensa che questa terapia possa essere efficace per due ordini di motivi: innanzitutto l'insieme di queste regole ristabilisce la corretta associazione tra camera-letto-sonno ricreando il normale condizionamento tra gli stimoli ambientali e comportamentali legati al sonno e la propensione al sonno stesso, inoltre ripristina il ritmo sonno veglia e le sue fasi. Secondariamente il fatto di trascorrere la fase di Veglia Infrasonno al di fuori del letto o della stanza da letto fa sì che il paziente trascorra più tempo nella fase di veglia durante la notte. Ed è così che quest'intervento possiede anche un elemento fondamentale della Tecnica della Restrizione del Sonno. Infatti, poiché grazie a queste regole il paziente trascorre, durante la notte, maggior tempo nella fase di veglia, la riduzione delle ore di sonno conseguente tenderà a ristabilire una maggiore "pressione di sonno", cosiddetta pressione omeostatica, per la notte successiva.

1.2. La Tecnica della Restrizione del Sonno (TRS)

La Tecnica della Restrizione del Sonno è raccomandata per il trattamento dei disturbi dell'addormentamento e del mantenimento del sonno. In accordo con tale trattamento i pazienti dovrebbero limitare il Tempo Totale Trascorso a Letto (TTL) e farlo coincidere con quello del proprio Tempo Totale di Sonno (TTS). Per raggiungere questo scopo il clinico lavora con il paziente per: 1) stabilire un orario specifico del risveglio mattutino; 2) diminuire l'opportunità di sonno limitando il tempo che il paziente trascorre a letto (TTL) a quello che è in media il TTS del soggetto che viene misurato attraverso l'utilizzo dei diari del sonno. La forma standard di questo trattamento raccomanda che la Restrizione di Sonno non sia comunque inferiore alle 4 ore e mezzo per notte. Una volta che il TTL è determinato, l'orario in cui il paziente si dispone a letto verrà spostato in avanti in modo da far coincidere il TTS con il TTL. Inizialmente l'intervento determina una lieve e/o moderata deprivazione di sonno. Questa forma di deprivazione di sonno, cosiddetta parziale, generalmente favorisce una riduzione della Latenza di Sonno (LS) e il miglioramento del Tempo di Veglia Infrasonno (TVI). Di fatto durante la fase acuta di trattamento i pazienti hanno un Tempo di Sonno ridotto rispetto al proprio, ma si tratta di un sonno più "consolidato" poiché si riducono sia la LS che il TVI. Non appena l'Efficienza di Sonno migliora, e se sulla base dei diari di sonno si raggiunge un Efficienza di Sonno (TTS/TTL) di almeno il 90%, i pazienti possono essere istruiti a incrementare gradualmente il Tempo Trascorso a Letto di 15 minuti per notte. La fig. 1 fornisce una rappresentazione schematica dell'intervento.

Fig. 1 – Schematizzazione della TRS



* Orario in cui si reca a letto.

Fonte: Spielmann *et al.*, 1987.

Alcuni punti importanti meritano tuttavia un commento più approfondito. Prima di tutto il TTL viene modificato da questa tecnica grazie allo spostamento in avanti dell'orario di addormentamento, il cosiddetto avanzamento di fase, e questo, insieme al fatto di determinare un ben preciso orario di risveglio mattutino, favorisce una restrizione del Tempo di Sonno. Verosimilmente il TTL potrebbe essere modificato anche anticipando l'orario del risveglio mattutino. Tuttavia questo approccio non è consigliato perché:

- il paziente potrebbe non trarre vantaggio degli effetti “terapeutici” dello spostamento in avanti dell'orario di sonno. Infatti, in questo caso nel tentativo di dormire molti pazienti tenderebbero ad andare a letto sempre più presto;
- potrebbe rinforzare la tendenza ai risvegli mattutini precoci;
- potrebbe alterare i rapporti tra opportunità di sonno e gli stimoli che condizionano il sonno cioè il rapporto “camera-letto-sonno”.

La formulazione originale autorizza i pazienti ad effettuare un incremento graduale di 15 min. nel TTL solamente se la loro Efficienza di Sonno supera il 90% durante il corso di una settimana; se invece l'Efficienza di Sonno è intorno all'85-90% non sono consigliate modificazioni del TTL, mentre con un Efficienza di Sonno al di sotto dell'85% è consigliata una riduzione graduale di circa 15 min. del TTL. Tuttavia rispetto alla formulazione originale vengono spesso messe in pratica alcune variazioni. Tra queste per esempio quella di determinare il *cut off* per le modificazioni del TTL quando l'Efficienza di Sonno supera l'85%, oppure quello di utilizzare dei tempi superiori ai 15 min. da incrementare o diminuire nel regolare il TTL. Inoltre talvolta una variazione può essere quella di modificare i tempi di osservazione per il calcolo dell'Efficienza di Sonno che invece di essere settimanali potrebbero essere di maggiore o minor durata. Tutte queste variazioni non sono state studiate sistematicamente, pertanto qui si propone e si raccomanda di utilizzare l'approccio standard.

Un altro punto da discutere è che la tecnica presenta almeno due aspetti paradossali: innanzitutto il paziente si reca a visita poiché il suo sonno non è sufficiente e con questa tecnica si prescrive di dormire di meno. L'altro aspetto paradossale si verifica durante il corso del trattamento: effettuando il trattamento i pazienti presentano una grande difficoltà a mantenersi svegli fino all'orario prescritto. Questo aspetto non è solamente paradossale ma è addirittura ironico per il paziente che inizialmente si presenta al centro del sonno per le difficoltà di addormentamento.

Il trattamento con TRS è pertanto efficace per due ragioni. Prima di tutto fa sì che i pazienti per contrastare l'insonnia non mettano in atto delle strategie “maladattive” con cui estenderebbero inappropriatamente le opportunità di sonno. In secondo luogo la perdita di sonno che si verifica inizialmente con questa tecnica determina un incremento della pressione omeosta-

tica per il sonno, che favorisce sia la riduzione della LS che la riduzione del TVI e il miglioramento della Efficienza di Sonno. Infine bisogna segnalare che la Restrizione di Sonno potrebbe essere controindicata in pazienti con anamnesi positiva di episodi maniacali, apnea ostruttiva, epilessia o parasonnie.

1.3. Tecnica dell'Igiene del Sonno

L'educazione all'Igiene del Sonno è raccomandata per il trattamento sia dei disturbi dell'addormentamento che del mantenimento del sonno. La tecnica sembra avere un ruolo determinante soprattutto nell'incrementare il Tempo Totale di Sonno. L'educazione all'Igiene del Sonno viene prescritta per correggere una serie di comportamenti che possono influenzare la qualità e la quantità di sonno. Questo intervento, anche se non ritenuto efficace quando utilizzato in monoterapia, è comunque considerato parte integrante del trattamento CBT-I dell'insonnia. L'intervento è di tipo psicoeducazionale. Infatti la terapia spesso consiste proprio nel mostrare al paziente le regole d'Igiene del Sonno e rivedere punto per punto il razionale di ogni indicazione. La tabella 1 riassume le tipiche regole d'Igiene del Sonno. L'intervento ha l'obiettivo di incrementare le conoscenze del paziente sul sonno, migliorando l'aderenza ai trattamenti e l'alleanza terapeutica con il clinico.

2. Interventi di seconda scelta

Le terapie descritte di seguito sono considerate di seconda scelta nel trattamento dei disturbi del sonno e se ne raccomanda il loro utilizzo solamente nell'insieme dei trattamenti integrati dell'insonnia. Il fatto che questi trattamenti siano considerati di seconda scelta in alcuni casi dipende dal fatto che non ne è stata provata l'efficacia in monoterapia ed in altri casi perché al momento non vi sono dati empirici sul loro utilizzo nel trattamento dell'insonnia. I trattamenti di seconda scelta sono riassunti in questo paragrafo, affinché i clinici possano includerli negli interventi più complessi che vengono utilizzati per l'insonnia. Questi possono essere utili come trattamenti aggiuntivi che potrebbero essere sviluppati durante la seconda parte della terapia per favorire la risposta terapeutica.

Tab. 1 – Regole per l’Igiene del Sonno

1. *Dormire solo quanto è necessario per sentirsi riposati il giorno successivo.* Restringere il tempo che si trascorre a letto aiuta il suo sonno a diventare più continuativo e profondo, mentre trascorrere troppo tempo a letto rende il sonno frammentato e leggero. Dovrebbe svegliarsi regolarmente alla medesima ora ogni giorno, senza preoccuparsi di quanto ha dormito durante la notte precedente.

2. *Svegliarsi alla stessa ora ogni giorno, 7 giorni su 7.* Svegliarsi al mattino sempre allo stesso orario favorisce anche un orario di addormentamento regolare e permette al suo orologio biologico di regolarizzarsi.

3. *Effettuare regolare attività fisica.* Cercare di effettuare un’attività fisica, tranne che nelle tre ore precedenti all’orario di addormentamento rende più facile l’addormentamento e favorisce un sonno profondo.

4. *Assicurarsi di avere una camera da letto comoda, buia e silenziosa.* Un ambiente comodo e silenzioso riduce la probabilità di svegliarsi durante la notte. Il rumore, anche se non è in grado di determinare un risveglio, può comunque disturbare la qualità del suo sonno. Mettere tappeti e tende isolanti e chiudere la porta può aiutare.

5. *Assicurarsi che la temperatura della camera da letto, durante la notte, sia confortevole.* Un ambiente eccessivamente caldo o freddo può disturbare il sonno

6. *Consumare i pasti regolarmente e non recarsi a letto se affamati.* La fame può disturbare il sonno. Uno spuntino leggero, specialmente a base di carboidrati, intorno all’orario di addormentamento, può aiutare il sonno; è bene invece evitare cibi grassi o pesanti.

7. *Evitare di bere troppo alla sera.* Ridurre l’ingestione di liquidi minimizza la necessità di andare in bagno durante la notte.

8. *Eliminare i prodotti che contengono caffeina.* Bevande e cibi a base di caffeina (caffè, the, cola, cioccolata) possono essere una causa delle difficoltà di addormentamento, dei risvegli durante la notte e del sonno leggero. La caffeina, anche se assunta nella prima parte della giornata, può alterare il sonno notturno.

9. *Evitare di assumere alcoolici, specialmente alla sera.* Sebbene l’assunzione di alcool possa facilitare l’addormentamento, determina un incremento dei risvegli notturni ed un risveglio precoce mattutino

10. *Evitare di fumare, fumare può disturbare il sonno.* La nicotina è una sostanza eccitante. È importante tentare di non fumare durante la notte quando si è svegli a causa dell’insonnia.

11. *Evitare di “portarsi i propri problemi a letto”.* Cerchi di stabilire, nel tardo pomeriggio, uno spazio di tempo per lavorare ai suoi problemi o pianificare le attività del giorno successivo. Le preoccupazioni possono interferire con l’addormentamento e favorire un sonno superficiale.

13. *Evitare di “sforzarsi” di dormire.* Questo può solo peggiorare la situazione. Riaccendere invece la luce, uscire dalla camera da letto e fare qualcosa di diverso, come leggere un libro, ritornare a letto solo se assonnati, può aiutare ad addormentarsi.

14. *Mettere la sveglia in una posizione tale da evitare di vederla.* Guardare l’orologio potrebbe essere frustrante e causarle rabbia e preoccupazioni che interferirebbero con il sonno.

15. *Evitare di effettuare “pisolini”.* Stare svegli durante il giorno facilita il sonno notturno.

2.1. Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva è maggiormente indicata nei pazienti che sono preoccupati delle potenziali conseguenze dell'insonnia o che riferiscono la presenza d'idee intrusive, con elevazione della quota ansiosa e timori relativi al fatto di non dormire. A tal proposito sono state sviluppate varie forme di Terapie Cognitive dell'insonnia ed alcune di esse presentano un *focus* classico (Morin, 1993), mentre altre utilizzano la tecnica delle intenzioni paradosse (Shoham-Salomon, Rosenthal, 1987), o della “distrazione e immaginazione” (Harvey, Payne, 2002) oppure della ristrutturazione cognitiva (Buysse, Perlis, 1996). Pur differendo nel tipo di approccio, queste tecniche si basano tutte sull'osservazione che i pazienti con insonnia hanno pensieri e credenze negative sulla propria condizione e le sue conseguenze diurne. Aiutare i pazienti a verificare o meno la veridicità di queste credenze si pensa che possa contribuire alla riduzione dei livelli d'ansia e di *arousal* associati all'insonnia.

2.2. Tecniche di Rilassamento

Il Training di Rilassamento è più indicato in quei pazienti che caratterizzano la loro insonnia come “incapacità a rilassarsi” (per esempio i pazienti potrebbero dire “sento il mio cuore battere forte quando tento di addormentarmi”) oppure in quei pazienti che si presentano con lamentele somatiche (es: dolore muscolare, cefalea, problemi gastrici, ecc.).

Il rilassamento può essere indotto fondamentalmente mediante quattro tecniche e ognuna di esse ha un diverso obiettivo. Per esempio la tecnica che prevede il rilassamento muscolare progressivo è utilizzata per diminuire la tensione muscolare (Lichstein, Riedel, Wilson, Lester, Aguillard, 2001; Haynes, Woodward, Moran, Alexander, 1974; Freedman, Papsdorf, 1976) (Bootzin, 1984; Borkovec, Fowles, 1973) e quella che prevede l'utilizzo del respiro diaframmatico è utilizzata per indurre una forma di respirazione più lenta, profonda e meccanicamente determinata, proveniente dall'addome piuttosto che dal torace. Poi vi sono le tecniche del training autogeno e la tecnica del training con immagini che fa sì che il paziente selezioni un'immagine o un ricordo rilassante ed evochi l'immagine entrandoci in contatto da una prospettiva multisensoriale. Molti clinici selezionano tra questi il metodo che risulta migliore per il paziente cercando di capire quale possa essere la tecnica più facile da imparare per lui, e quale possa essere il metodo più indicato rispetto al tipo di disturbo. Così come per le Tecniche Cognitive, imparare a usare effettivamente le Tecniche di Rilassamento richiede spesso sostanzialmente di effettuare alcuni esercizi quotidiani facendone pratica. Molti clinici raccomandano che il paziente esegua la pratica di rilassa-