

LA VALUTAZIONE DEL SONNO IN PSICOTERAPIA: UNA PROPOSTA DI INTERVISTA CLINICA SEMISTRUTTURATA

Debora Meneo¹, Valeria Bacaro², Carlo Buonanno³, Chiara Baglioni^{1,4,5}

¹Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma, Italia

²Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, Bologna, Italia;

³Associazione di Psicologia Cognitiva, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

⁴Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Centro Medico, Università di Friburgo, Friburgo, Germania

⁵Clinica per la Psicoterapia del Sonno, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Corrispondenza

Meneo Debora

Dipartimento di Scienze Umane, Università degli Studi Guglielmo Marconi, Roma, Italia.

E-mail: d.meneo@unimarconi.it

Riassunto

Sonno e salute mentale sono strettamente interconnessi. Alterazioni del sonno sono comuni a diversi quadri psicopatologici, in particolare disturbi d'ansia e depressione, e necessitano di un'attenzione clinica specifica. L'identificazione precoce di alterazioni del sonno è di importanza cruciale per avviare un piano terapeutico individualizzato ed efficace, al fine di prevenire l'impatto delle alterazioni del sonno sul funzionamento e sulla salute del paziente. Il presente articolo vuole offrire delle linee guida teoriche e cliniche per l'identificazione di alterazioni del sonno in psicoterapia. Proponiamo un'intervista clinica utile alla valutazione del disturbo di insonnia e dello stato di salute del sonno. Nell'articolo sono esposti i riferimenti teorici che guidano l'intervista clinica, inclusi: il riconoscimento di un disturbo di insonnia, l'identificazione dello stato di salute del sonno, l'importanza della diagnosi differenziale e della valutazione psicopatologica. L'intervista clinica proposta è adatta alla valutazione del sonno in pazienti che si presentano all'attenzione clinica sia per un disturbo del sonno sia per altra sintomatologia.

Parole chiave: intervista clinica, disturbo di insonnia, salute del sonno, valutazione diagnostica

SLEEP ASSESSMENT IN PSYCHOTHERAPY: A PROPOSAL FOR A SEMISTRUCTURED CLINICAL INTERVIEW

Abstract

Sleep and mental health are strictly interconnected. Sleep alterations are common to different psychopathologies, specifically anxiety and depression disorders, and they need specific clinical attention. Early detection of sleep alterations is of fundamental importance to start an effective individualized treatment plan, in order to prevent the negative impact of sleep alternations on patient's health and functioning.

The present article aims at offering theoretical and clinical guidelines for the identification of sleep alterations in psychotherapy. We propose a clinical interview useful to evaluate insomnia disorder and

DOI: 10.36131/COGNCL20230105

RICEVUTO IL 5 APRILE 2023, ACCETTATO IL 19 LUGLIO 2023

sleep health's status. In the article we expose theoretical underpinning which guide the clinical interview, including: the detection of insomnia disorder, the identification of sleep health's status, the importance of differential diagnosis and of psychopathological evaluation.

The proposed clinical interview is well suited for the evaluation of sleep in patients presenting to clinical attention either for a sleep disorder or for a different symptomatology.

Keywords: clinical interview, insomnia disorder, sleep health, diagnostic assessment

Premessa

Il sonno è un processo psicofisiologico importante per la salute mentale. Un'adeguata qualità e durata del sonno sono risultate associate a un maggiore benessere psicologico (Gallicchio & Kalesan, 2009; Scott et al., 2021). D'altra parte, le alterazioni del sonno, come difficoltà di inizio e mantenimento del sonno, scarsa durata o qualità, sono fenomeni transdiagnostici (Harvey, 2008). Tali alterazioni sono problematiche emergenti: circa un terzo della popolazione mondiale riporta sintomi di insonnia, quali difficoltà di addormentamento, frequenti risvegli notturni o risveglio precoce (e.g., Garland et al., 2018). Nei pazienti con psicopatologia, le alterazioni del sonno sono più diffuse: tra il 45% e il 70% dei pazienti con disturbo dell'umore e d'ansia riporta significative difficoltà del sonno (Soehner & Harvey, 2012). A livello fisiologico, alterazioni polisonnografiche sono presenti nella maggior parte dei pazienti con disturbi psicologici (Baglioni et al., 2016). È quindi altamente probabile che un paziente in trattamento psicoterapeutico presenti anche sintomi di insonnia, ovvero di disturbo comportamentale del sonno caratterizzato da difficoltà di inizio o mantenimento del sonno, ridotta durata, insoddisfazione per il sonno e sonnolenza diurna. Nella visione tradizionale, i disturbi comportamentali del sonno erano considerati un sintomo secondario e venivano quindi non trattati in modo specifico. Tuttavia, vi sono evidenze che dimostrano la necessità di trattare in modo specifico le alterazioni del sonno, tenendo conto del fatto che il disturbo di insonnia tende a persistere anche dopo la remissione dal disturbo psichiatrico in comorbidità (Belleville et al., 2010). Inoltre, le alterazioni del sonno rappresentano i sintomi residuali più comuni nei disturbi depressivi (Pigeon et al., 2009; Schennach et al., 2019) e la presenza di comorbidità con l'insonnia si associa a maggiore compromissione funzionale e riduzione della risposta ai trattamenti in pazienti con disturbi mentali (Soehner & Harvey, 2012; Troxel et al., 2012). Una tempestiva identificazione e un trattamento adeguato delle difficoltà del sonno in pazienti con psicopatologia possono quindi risultare in un miglioramento del quadro psicopatologico e della qualità di vita.

L'intervento di prima scelta per i problemi comportamentali del sonno è il trattamento cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*; CBT-I) (Edinger et al., 2021; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017). Sulla base delle evidenze scientifiche, la CBT-I è il trattamento di elezione sia quando i disturbi si presentano da soli, sia quando si presentano in comorbidità con altro disturbo mentale. Tuttavia, nella pratica clinica questo intervento è scarsamente offerto (Baglioni et al., 2020; Koffel et al., 2018). Un intervento efficace non può prescindere da una corretta valutazione, che risulta fondamentale per la selezione delle strategie di intervento, per l'identificazione degli obiettivi e la valutazione dei progressi terapeutici. Uno strumento clinico adeguato è quindi importante per: a) una buona valutazione del disturbo di insonnia nei pazienti che si presentano all'attenzione clinica per un disturbo del sonno; b) un riconoscimento precoce del disturbo di insonnia o di aree carenti relative al sonno nei pazienti che si rivolgono al clinico per altre ragioni.

Per poter ottenere una buona valutazione è importante sapere come definiamo un sonno sano

e come definiamo un sonno patologico, per permettere al clinico di identificare le aree critiche di disagio e delineare l'intervento. Lo strumento di valutazione dovrebbe quindi essere in grado di riconoscere la presenza di un sonno patologico, per permettere la diagnosi clinica del disturbo di insonnia, ma anche di valutare lo stato di salute del sonno. L'utilità di tale strumento non si esaurisce nella valutazione iniziale, in quanto un buon *assessment* è anche la chiave per lo sviluppo di una strategia di trattamento efficace, tramite l'identificazione di dimensioni che riguardano sia il sonno che il vissuto del paziente e il suo contesto socio-familiare. L'obiettivo di questo articolo è quello di offrire una definizione, basata sulla letteratura empirica più recente, di sonno sano e sonno patologico e di proporre uno strumento clinico per la valutazione e l'*assessment* dei problemi comportamentali del sonno.

Valutare lo stato di salute del sonno

Il sonno sano: un concetto positivo di utilità clinica

Nel 2014, Buysse ha evidenziato come la salute del sonno non possa essere definita solo come assenza di patologia. Pur riconoscendo l'importanza di diagnosticare e trattare i disturbi del sonno, Buysse (2014) ha proposto una definizione di salute del sonno incentrata sugli attributi positivi e sulla promozione della salute, in linea con il superamento della dicotomia tra malattia e assenza di malattia (es., Larson, 1999). Basandosi su dati empirici, Buysse (2014) ha definito un sonno sano come 'un processo multidimensionale che comprende aspetti relativi al sonno e alla veglia, che si adattano su ogni individuo, al contesto sociale e all'ambiente e che promuovono benessere mentale e fisico. Un sonno sano è associato a una percezione soggettiva di soddisfazione, orari del sonno appropriati, durata adeguata, elevata efficienza del sonno, e buon livello di vigilanza durante le ore diurne' (Buysse 2014; p.12).

Queste cinque dimensioni definiscono lo stato di salute del sonno e sono declinate in termini positivi. Alcune di queste dimensioni, come la durata, sono considerate indice di buona salute del sonno quando rientrano nei limiti di un determinato range. Le deviazioni dai range in entrambe le direzioni, per quanto non necessariamente rappresentano delle condizioni cliniche, si associano ad elevati rischi di salute, quali mortalità, malattie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche e mentali (Baglioni et al., 2011; Buysse 2014; Hertenstein et al., 2019). Valutare queste cinque dimensioni consentirà al clinico di tracciare un profilo funzionale del sonno.

- 1) **Soddisfazione/qualità del sonno:** La prima dimensione si riferisce alla percezione di un sonno di buona qualità e al grado di soddisfazione personale rispetto all'equilibrio sonno-veglia.
- 2) **Orari del sonno:** Questa dimensione si riferisce alla finestra temporale nella quale il sonno è collocato nella giornata di 24 ore, rilevabile da misure soggettive (questionari, diari del sonno) e oggettive (attigrafia). La capacità di addormentarsi all'orario desiderato o richiesto dal ritmo sociale influisce sulla possibilità di ottenere sonno sufficiente, considerando un orario di risveglio spesso imposto da obblighi familiari, lavorativi o scolastici. Attività e norme sociali, così come l'uso di dispositivi elettronici tardi la sera, contribuiscono a ritardare l'addormentamento degli adolescenti. Il debito di sonno che ne risulta è spesso accompagnato dal tentativo, nei giorni liberi, di recuperare spostando in avanti l'orario di risveglio, con importanti effetti sulla regolazione del ciclo sonno-veglia (Wittmann et al., 2006). Questa abitudine è particolarmente rilevante nel periodo dell'adolescenza, nel quale si assiste all'instaurarsi di una preferenza per orari di addormentamento e di risveglio

più tardivi. In questa fascia di età si riscontra una maggiore differenza tra orari di sonno durante la settimana e nei fine settimana, definita *social jet-lag* (Wittmann et al., 2006). Il disallineamento tra ritmi biologici e ritmi sociali è molto diffuso nella società moderna e connesso a maggiori rischi di malattie metaboliche, cardiovascolare e mentali (Caliandro et al., 2021).

Durata del sonno: Con questa dimensione si indica la quantità di sonno nelle 24 ore, comunemente in riferimento al principale episodio di sonno. Essa è rilevabile soggettivamente tramite questionari e diari del sonno, oppure attraverso l'uso dell'attigrafia, che permette di identificare il principale episodio di sonno e la sua durata. Esistono differenze individuali nella quantità di sonno necessaria per sentirsi riposati, soddisfatti del proprio sonno e attivi durante il giorno. Tuttavia, una buona durata del sonno è quella che rientra nei range ottimali, secondo linee guida internazionali (Hirshkowitz et al., 2015; Watson et al., 2015). Tale range cambia durante l'arco di vita, poiché la durata del sonno ottimale è inversamente proporzionale all'età: mentre gli infanti hanno un bisogno biologico tra le 12 e le 16 ore, negli adolescenti il bisogno si riduce progressivamente a 8-10 ore (Paruthi et al., 2016); negli adulti dai 18 anni in poi, è raccomandata una durata tra le 7 e le 9 ore. La durata del sonno può essere non ottimale perché più lunga o più corta del range raccomandato. Deviazioni dal range in entrambe le direzioni sono associate a esiti negativi, quali maggior incidenza di malattie fisiche, quali diabete di tipo 2 e ipertensione, disturbi cognitivi e dell'umore (Chaput et al., 2020).

Efficienza del sonno: L'efficienza del sonno è definita come il rapporto tra il tempo speso a letto e il tempo di sonno effettivo, espresso in percentuale. L'efficienza del sonno è considerata buona quando è almeno dell'85%. Il tempo impiegato dalla persona per addormentarsi e la veglia intra sonno sono i due indici che permettono di calcolare tale rapporto. La persona può quindi avere scarsa efficienza del sonno per difficoltà di addormentamento (più di 20 minuti), risvegli notturni (per un totale superiore a 30 minuti) o perché si veglia prima del desiderato la mattina. Riguardo il tempo di addormentamento, è importante considerare che anche la sua riduzione può indicare una difficoltà: un tempo di addormentamento inferiore ai 10 minuti può indicare un eccessivo debito di sonno in soggetti non affetti da disturbi del sonno (ad esempio, narcolessia e ipersonnia) (Littner et al., 2005).

- 3) **Vigilanza durante le ore diurne:** Questa dimensione delinea la capacità di mantenere la vigilanza durante le ore diurne e rende conto di come il sonno notturno sia parte di un sistema di regolazione più ampio che coinvolge anche le ore di veglia diurna. L'alternarsi di veglia e sonno nelle 24 ore è regolata dal ritmo circadiano e dalla pressione omeostatica al sonno; entrambi giocano un ruolo importante nel ritmo di vigilanza. La pressione al sonno cresce con le ore di veglia continuativa, fino a un picco che, in condizioni ottimali, coincide con il ritmo circadiano di inizio del sonno (segnalato, tra gli altri, dalla secrezione di melatonina). In condizioni di buona salute del sonno, la pressione omeostatica cresce progressivamente nel giorno e viene dissipata di notte, di conseguenza si hanno livelli alti di vigilanza durante il giorno e di sonnolenza durante le ore notturne. Quando la sonnolenza diurna è elevata e persistente (più giorni a settimana) si parla di eccessiva sonnolenza diurna (*Excessive Daytime Sleepiness, EDS*). La presenza di EDS può indicare un sottostante disturbo del sonno non diagnosticato, come il disturbo di insonnia o il disturbo da apnea notturna, o una situazione di privazione di sonno (Brown & Makker, 2020).

Una sesta dimensione? I comportamenti del sonno

Per l'età evolutiva, Meltzer et al. (2021) hanno identificato una sesta dimensione: i comportamenti del sonno. I comportamenti del sonno in età pediatrica comprendono diversi aspetti, inclusi la routine all'addormentamento, l'esposizione a dispositivi elettronici nelle ore serali e la regolarità dell'addormentamento. Fondamentale per il sonno in età pediatrica è la consistenza e regolarità della routine all'addormentamento (*bedtime routine*), definita come quelle attività prevedibili che avvengono nelle ore subito precedenti l'inizio del sonno (Mindell & Williamson, 2018). È stato ipotizzato che la regolarità della routine possa creare associazioni positive in relazione al sonno: l'insieme delle attività ripetute con consistenza facilita il sonno attraverso una serie di step che formano una catena comportamentale prevedibile (Mindell & Williamson, 2018). L'importanza dei comportamenti per un sonno sano nell'età evolutiva è riconosciuta e spesso essi sono il principale target dell'intervento. In età adulta, l'attenzione ai comportamenti è più ristretta; l'aspetto comportamentale è per lo più relegato a componente dell'igiene del sonno. Tuttavia, anche nell'età adulta la regolarità degli orari, routine regolari e rilassanti sono connesse a migliori esiti relativi al sonno (Buysse, 2014; Garner et al., 2011).

Riconoscere un disturbo di insonnia

Il disturbo di insonnia ha una prevalenza molto alta nella popolazione Europea e può variare dal 12.5-24.8% quando si considera la presenza di sintomi notturni e diurni al 10.1% se si considera la presenza di una diagnosi di insonnia completa (Adams et al., 2017). L'insonnia è una condizione patologica che si associa ad una varietà di conseguenze negative, incluse una ridotta qualità della vita (Kyle et al., 2010; LeBlanc et al., 2007; Léger 2012), un aumento del rischio di disturbi cardiovascolari (Sofi et al., 2014) e di psicopatologia, soprattutto depressione e ansia (Baglioni et al., 2011; Hertenstein et al., 2019). Oltre ai costi dal punto di vista della salute fisica e mentale, il disturbo di insonnia è anche collegato a costi sostenuti per la società, attraverso l'aumento dell'utilizzo di servizi sanitari pubblici, la diminuzione della produttività lavorativa e l'aumento del tasso di assenteismo (Léger & Bayon, 2010; Wickwire et al., 2016).

L'insonnia è stata a lungo considerata un sintomo di altro disturbo mentale o di condizioni fisiche, come il dolore cronico. A supporto della concezione di insonnia come sintomo, era frequente il ricorso a due argomentazioni: 1) alterazioni del sonno sono frequenti in quadri depressivi; 2) disturbi dell'umore sono frequenti in pazienti con disturbi del sonno. La quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) introduceva la distinzione tra insonnia primaria e secondaria. Il criterio per porre diagnosi di insonnia primaria era che i sintomi non dovevano presentarsi nel corso di un altro disturbo mentale. La visione dell'insonnia come sintomo è stata abbandonata con la quinta edizione del Manuale (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), con l'accumularsi di evidenze derivanti dalla ricerca e dalla pratica clinica, dalle quali è emerso che l'insonnia è di fatto un'entità diagnostica indipendente. Questo distacco dalle precedenti categorizzazioni di insonnia è rimarcato anche nella terza edizione della Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD-3, American Academy of Sleep Medicine, 2014), nella quale viene abbandonata la distinzione tra insonnia primaria e secondaria delle precedenti due versioni. Tale distinzione si è infatti rivelata problematica per diverse ragioni: a) la diagnosi su essa basata si è rivelata non affidabile e valida b) il nesso di causa-effetto, necessario per la distinzione dell'insonnia secondaria, è di difficile identificazione nell'insonnia in comorbidità;

c) L'enfasi sulla natura secondaria può promuovere un trattamento inadeguato dell'insonnia (per un'analisi: Sateia, 2014). Sia l'ICSD-3 sia il DSM-5 (e successivo DSM-5-TR; APA, 2022) hanno operato una riunificazione dei diversi fenotipi di insonnia (secondaria dovuta a disturbo mentale, a condizione fisica) in un'unica diagnosi in comorbidità.

Come sottolineato anni prima del DSM-5 e dell'ICSD-3 (Harvey, 2001), l'insonnia è un disturbo indipendente in quanto ha un suo decorso e merita un trattamento diverso da quello del disturbo in comorbidità. È quindi importante saper riconoscere la presenza di un disturbo di insonnia in pazienti che giungono all'attenzione clinica per altra problematica psicologica, in modo da poter offrire un trattamento mirato.

La diagnosi di disturbo di insonnia: valutare il problema presentato

Il disturbo di insonnia si compone di sintomi notturni e diurni. Nello specifico, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, APA, 2013), l'insonnia si definisce come la presenza percepita di difficoltà a iniziare o mantenere il sonno, che devono avvenire almeno 3 volte a settimana, per un periodo di almeno 3 mesi. Queste difficoltà devono essere accompagnate da disagio significativo e da compromissione del funzionamento diurno. La definizione dell'International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3, American Academy of Sleep Medicine; 2014) segue quella del DSM-5 e definisce come criteri diagnostici la presenza di un disturbo del sonno notturno con una relativa compromissione del funzionamento diurno.

Non dormirci su: il modello delle 3 P nell'eziopatogenesi dell'insonnia cronica

Arthur Spielman ha proposto negli anni '80 (Spielman et al., 1987) un modello dell'eziopatogenesi dell'insonnia in grado di dare una cornice concettuale alla domanda cardine del perché alcune persone sviluppano insonnia ed altre no. Il modello delle 3P è stato la prima concettualizzazione dell'insonnia che fosse articolata e accettata dalla comunità scientifica. Le 3P si riferiscono a tre fattori che interagiscono tra loro: i primi due sono i fattori predisponenti (Predisposing) e precipitanti (Precipitating), che spiegano come l'insonnia si instauri; il terzo fattore, detto perpetuante (Perpetuating), qui chiamato *di mantenimento*, rappresenta gli aspetti che rendono il disturbo cronico.

Le 3P possono assumere diverse declinazioni sul piano cognitivo, emotivo, comportamentale e genetico.

Fattori predisponenti: fattori biologici, psicologici e sociali che predispongono ad alterazioni del sonno. Esempi di fattori predisponenti sono: alterazioni nei sistemi di neurotrasmettitori coinvolti nella regolazione sonno-veglia (fattori biologici); tendenza alla ruminazione e alla preoccupazione eccessiva (fattori psicologici); pressione sociale a dormire in orari diversi da quelli preferiti (fattori sociali). Per quest'ultimo fattore, è importante la considerazione della tipologia circadiana della persona. Con tipologia circadiana (o cronotipo) si fa riferimento a differenze individuali nel ritmo circadiano endogeno, che si riflettono in differenze osservabili nella preferenza per orari di addormentamento e risveglio. Sebbene la tipologia circadiana quale differenza individuale non rappresenti un fattore patologico di per sé, essa si associa a possibili conseguenze che possono rappresentare fattori predisponenti. In particolare, la tipologia circadiana serotina estrema è maggiormente esposta al rischio di desincronizzazione con i ritmi sociali, che prevedono orari anticipati rispetto a quelli preferiti dalla persona (Wittmann et al.,

2006). Tra i fattori predisponenti, di particolare rilevanza sono la familiarità e la presenza di difficoltà del sonno o di sonno inadeguato nella prima infanzia. Un altro importante fattore è la *sleep reactivity*, che indica la vulnerabilità del sonno a eventi di vita stressanti (Drake et al., 2013). Tale reattività modifica il grado in cui il sistema di regolazione del sonno viene alterato da una risposta intensa allo stress, riscontrata in pazienti con disturbo di insonnia (Kalmbach et al., 2018). Altre dimensioni riguardano la regolazione delle emozioni, in particolare la capacità di agire in modo finalizzato di fronte all'esperienza di emozioni negative, di sentire di avere controllo su di esse e di poter mettere in atto strategie efficaci per affrontarle (Gratz & Roemer, 2008). Queste ultime dimensioni aiutano a descrivere il quadro di fattori che possono aver contribuito allo sviluppo di un disturbo di insonnia in seguito ad eventi stressanti.

Fattori precipitanti: eventi che possono innescare disturbi del sonno (*trigger*). Tra i principali, si possono riscontrare eventi di vita stressanti intesi sia come eventi negativi (lutto, separazione) sia come cambiamenti maggiori nella vita della persona (pensionamento, trasferimenti). Tra i possibili fattori precipitanti rientrano anche malattie mediche e psichiatriche.

È importante valutare le circostanze socio-familiari e individuali all'interno delle quali la persona ha iniziato a esperire il problema presentato. Gli eventi di vita possono rappresentare fattori stressogeni a intensità variabile, come nei casi più comuni di separazione o morte di una persona cara, il pensionamento, o nei casi di problemi fisici e psicologici persistenti. La risposta a tali fattori e il loro effetto sul sonno va comunque compresa alla luce dei fattori predisponenti.

Fattori di mantenimento: nella concezione classica di Spielman et al. (1987), i fattori di mantenimento riguardano i comportamenti che la persona con insonnia tende ad adottare per cercare di compensare o affrontare le conseguenze diurne del disturbo del sonno, primariamente la sonnolenza. Il focus principale nella ricerca e nella pratica clinica è sulle attività non compatibili con il sonno effettuate nell'ambiente in cui si dorme, la tendenza a restare a letto mentre si è svegli e a spendere maggior tempo a letto (ad esempio, al mattino dopo un risveglio). Modelli più recenti hanno incluso, su base empirica, altre tipologie di fattori di mantenimento, tra i quali quelli di natura cognitiva. Tra di essi, aspettative irrealistiche sul sonno, credenze disfunzionali, cognizioni non adattive che mantengono il disturbo creando un circolo vizioso tra alterazioni del sonno e livelli di attivazione psicofisiologica incompatibili con esso (e.g., Morin & Espie, 2003; Espie, 2002; Harvey, 2002).

I fattori di mantenimento sono il focus del trattamento CBT-I attraverso le diverse tecniche di natura comportamentale e cognitiva, che mirano a una modifica di abitudini disadattive e a una ristrutturazione delle cognizioni disfunzionali. Molti dei fattori di mantenimento emergono all'attenzione clinica nel corso del trattamento, ma alcuni sono già rilevabili nella valutazione iniziale e danno indicazioni importanti per la definizione di un piano terapeutico. Si può operare una distinzione tra fattori cognitivi, emotivi e comportamentali. Questa divisione aiuta a inquadrare meglio i diversi fattori, ma bisogna in ogni caso tenere conto che essi non sono indipendenti gli uni dagli altri. Ad esempio, alcuni comportamenti di compensazione sono sostenuti da credenze disfunzionali e incentivati dalla preoccupazione causata dalla mancanza di sonno.

Esempi di fattori comportamentali includono la tendenza a compensare il debito di sonno accumulato durante la settimana lavorativa/scolastica dormendo di più durante il fine settimana e la non distinzione tra ambiente di sonno e quello delle attività diurne. Anche gli orari del sonno possono rappresentare un fattore di mantenimento: sia la variabilità di orari giorno per giorno,

sia la tendenza a spostare in avanti l'orario di addormentamento e di risveglio nei giorni liberi (jetlag sociale), particolarmente evidente nella tipologia circadiana serotina, possono contribuire al mantenimento delle difficoltà del sonno. Pur riconoscendo le resistenze al cambiamento di abitudini disfunzionali consolidate, oltre che la necessità di favorirne la consapevolezza nel paziente, l'identificazione di comportamenti che mantengono il problema offre un vantaggio clinico rispetto alla scelta delle strategie terapeutiche da utilizzare durante il trattamento.

Esempi di fattori cognitivi ed emotivi sono le reazioni emotive connesse alle difficoltà del sonno, le credenze erranee rispetto al sonno e i livelli di attivazione fisiologica e cognitiva all'addormentamento.

L'importanza della diagnosi differenziale e della comorbidità

Identificazione dei sintomi di altri disturbi del sonno

La coesistenza di un disturbo di insonnia e di altri disturbi non è da escludere, così come la possibilità che le difficoltà del sonno siano imputabili a un quadro di patologia del sonno di altro tipo. Difficoltà di inizio o mantenimento del sonno possono infatti essere ascritti a disturbi del sonno-veglia di origine diversa da quelli comportamentali, i quali spesso necessitano approcci terapeutici specifici. In particolare, i maggiori disturbi del ritmo sonno-veglia riconosciuti dai principali sistemi diagnostici (DSM-5; ICD-3) sono: apnea ostruttiva o centrale del sonno, disturbi circadiani del ciclo sonno-veglia, narcolessia. Accanto ai disturbi del ritmo sonno-veglia, alcune malattie neurologiche possono compromettere la qualità e la quantità del sonno. Tra esse, la più comune è la sindrome delle gambe senza riposo.

Apnea del sonno: è un disturbo del sonno correlato alla respirazione, che si manifesta con più o meno frequenti episodi di assenza (apnea) o riduzione (ipoapnea) del flusso respiratorio durante il sonno. Gli episodi di apnea o ipoapnea si verificano dalle 5 alle 15 volte per ora di sonno. L'apnea può essere causata da ostruzione delle vie aeree superiori (ostruttiva) o da variazioni dello sforzo respiratorio (centrale). Un sospetto di apnea è indicato dal riscontro di russamento, specialmente se molto rumoroso, frequente sonnolenza diurna e percezione soggettiva di sonno non riposante.

Disturbi circadiani del ciclo sonno-veglia: di questa categoria diagnostica fanno parte alterazioni dei ritmi circadiani riconducibili a fattori endogeni ed esogeni. Le alterazioni dei ritmi circadiani sono espresse come disallineamento tra il ritmo sonno-veglia interno (orologio endogeno) e il ciclo luce-buio (orologio solare). I disturbi circadiani possono essere riconducibili ad alterazione del sistema circadiano endogeno (ad esempio, nella sindrome da ritardo di fase) o a cause esogene, quali turni di lavoro e viaggi transmeridiani (*jet-lag*). La diagnosi è subordinata alla presenza di ricadute significative sul funzionamento diurna della persona. I disturbi circadiani si presentano all'attenzione clinica accompagnati da insonnia ed eccessiva sonnolenza diurna ed è quindi spesso difficile identificarli in assenza di una specifica valutazione del contesto socio-lavorativo della persona e del suo pattern di sonno abituale durante la settimana e nei fine settimana.

Narcolessia: è un disturbo caratterizzato primariamente da una eccessiva sonnolenza che si esprime con un irrefrenabile bisogno di sonno, episodi di sonno improvviso o frequenti sonnellini durante la giornata. Per porre diagnosi, al sintomo della sonnolenza, piuttosto comune, deve associarsi almeno una delle seguenti osservazioni non comuni: episodi di cataplessia (perdita improvvisa del tono muscolare, specialmente in seguito a forti emozioni); deficienza di ipocretina misurata tramite analisi del fluido cerebrospinale; latenza del sonno REM di 15

minuti o meno misurata con polisonnografia, oppure una latenza di addormentamento media di 8 minuti o meno misurata tramite *multiple sleep latency test* (MSLT). I pazienti con narcolessia presentano quindi eccessiva sonnolenza diurna e possono presentare anche cataplessia, allucinazioni ipnagogiche, paralisi al risveglio, sonno disturbato con frequenti risvegli notturni. La diagnosi è preferibilmente effettuata tramite MSLT e/o polisonnografia.

Sindrome delle gambe senza riposo: è un disturbo neurologico che causa una sensazione di irrequietezza alle gambe e un bisogno impellente di muoverle. Il disturbo può interessare uno o entrambi gli arti e i sintomi possono presentarsi in modo periodico o costante. I sintomi tendono a peggiorare durante le ore serali e spesso si intensificano durante la notte, determinando difficoltà di addormentamento e risvegli notturni dovuti spesso alla necessità di alzarsi e muoversi. La presenza di sintomi di insonnia, in concomitanza di sintomi quali fastidio alle gambe e necessità di movimento per alleviare tale sensazione, può portare al sospetto di una sindrome delle gambe senza riposo non diagnostica. La diagnosi è effettuata con visita neurologica volta a indagare anche la possibile causa, distinguendo la forma idiopatica da quella dovuta ad altre patologie (ad esempio, diabete di tipo 2). Il trattamento è primariamente farmacologico, anche se un intervento mirato al miglioramento dell'igiene del sonno è utile per ridurre l'insonnia associata al disturbo.

Valutazione psicopatologica

Il disturbo di insonnia presenta alta comorbidità con varie forme di psicopatologia, in particolare disturbi d'ansia e dell'umore (Soehner & Harvey, 2012). La probabilità che un paziente con disturbo di insonnia presenti sintomi di un disturbo psichiatrico è alta (e.g., Ohayon, 2002). Tuttavia, il paziente con disturbo di insonnia può tendere a minimizzare il ruolo dei fattori psicologici, imputando ad esempio l'umore negativo esclusivamente alle difficoltà del sonno. È quindi importante condurre un'indagine specifica per rilevare la presenza attuale o passata di problematiche psicologiche, così come la presenza di sintomi prodromici. Inoltre, anche durante il trattamento è importante monitorare lo stato psicologico della persona, in quanto la presenza di un disturbo di insonnia rappresenta un fattore di rischio importante per lo sviluppo di psicopatologia, in particolare di depressione maggiore (Baglioni et al., 2011; Hertenstein et al., 2019).

Una proposta di intervista clinica

L'intervista clinica (Appendice A) si basa sui principali modelli dell'eziopatogenesi dell'insonnia. La valutazione è strutturata in tre aree principali:

- Le 4P: valutazione del problema presentato, delle carenze nelle dimensioni del sonno sano e dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento
- Diagnosi differenziale e comorbidità con altri disturbi del sonno
- Valutazione psicopatologica

Valutazione del problema presentato. In fase di valutazione diagnostica, vengono raccolti dati clinici per definire la presenza, la gravità e la frequenza di sintomi notturni e diurni, secondo i criteri diagnostici attuali (DSM-5; ICSD-3). In questa fase è possibile fare diagnosi per un disturbo di insonnia, nei casi in cui il paziente presenta difficoltà di inizio o mantenimento del sonno da lieve a grave, accompagnate da sintomi diurni, con una frequenza settimanale di almeno 3 giorni. Il criterio temporale che distingue un'occasionale difficoltà del sonno

da un disturbo di insonnia è la presenza dei sintomi da almeno 3 mesi. Specifiche domande possono essere poste per meglio caratterizzare i sintomi esperiti, quali la durata del sonno, i sintomi diurni, la soddisfazione soggettiva relativa al sonno e la durata dei risvegli notturni. È importante anche comprendere il contesto in cui i risvegli avvengono; quindi, è necessario capire se i risvegli notturni sono imputabili, anche solo in parte, a un ambiente del sonno inadeguato (presenza di rumori), a problematiche fisiche (dolori), al contesto familiare (figlie/i). Queste prime informazioni danno un quadro dello specifico problema di sonno presentato dal paziente.

All'interno dell'intervista, tali domande permettono anche di tracciare un quadro della salute del sonno nelle sue sei dimensioni. È quindi possibile rilevare la presenza di: durata del sonno al di fuori del range consigliato in base all'età; forte insoddisfazione per il sonno e/o per la forma fisica e mentale durante il giorno; orari del sonno non consoni rispetto all'orologio solare o sociale; una veglia intra-sonno di lunga durata; comportamenti che disturbano il sonno. Ciò permette di identificare specifiche carenze sia all'interno di un quadro diagnostico di disturbo di insonnia sia in assenza dei criteri diagnostici di severità, frequenza e durata.

La valutazione delle 3P è un passo importante per strutturare l'intervento in base alle specifiche dinamiche della persona. Vengono valutati in particolare la predisposizione al disturbo su base familiare (fattori predisponenti) e il contesto nel quale la persona ha iniziato a sperimentare i sintomi di insonnia, oltre che i possibili eventi correlati (fattori precipitanti). Uno spazio importante è riservato ai fattori di mantenimento, i quali sono il target principale dell'intervento cognitivo-comportamentale. Tra i fattori di mantenimento del disturbo posso essere identificati: fattori cognitivi, quali credenze e aspettative relative al sonno; fattori comportamentali, quali abitudini disfunzionali; fattori emotivi, quali eccessiva preoccupazione circa il sonno ed emozioni negative associate alle difficoltà del sonno.

Diagnosi differenziale. Alcune semplici domande possono aiutare a rilevare la possibile presenza di altri disturbi del sonno per un eventuale approfondimento. Il sospetto della presenza di tali disturbi deve essere seguito da una più approfondita valutazione e, se necessario, dall'attivazione di un piano terapeutico adeguato, con il coinvolgimento di figure professionali specializzate.

Valutazione psicopatologica. Nella fase di valutazione diagnostica, l'intervista clinica permette una prima identificazione di possibili indici che necessitano ulteriore approfondimento. Attraverso una serie di domande mirate, è possibile rilevare l'attuale presenza di difficoltà legate all'ansia e all'umore, la recente storia clinica del paziente e i precedenti percorsi di cura. Anche in mancanza di segnali di problematiche presenti o passate, una valutazione self-report dei sintomi di ansia e depressione è raccomandata per avere un quadro più dettagliato dello stato psicologico del paziente.

Al termine dell'intervista clinica è raccomandata la somministrazione di strumenti self-report che aiutino a mappare le problematiche e a strutturare un piano terapeutico personalizzato. Tra tali strumenti, vi sono quelli relativi al sonno, quali l'*Insomnia Severity Index* (ISI; Bastien et al., 2001) per valutare la gravità di specifici sintomi di insonnia, e strumenti relativi allo stato psicologico, quali il *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck et al., 1996) per la valutazione dei sintomi di depressione. In Appendice B è riportata una lista con possibili strumenti da somministrare e relativa descrizione.

Conclusioni

Negli ultimi anni, si è assistito a importanti progressi nel campo della ricerca e della pratica clinica verso l'identificazione e il trattamento dei disturbi comportamentali del sonno. Parallelamente, il ruolo della salute del sonno all'interno della salute globale è sempre più riconosciuto. Tuttavia, persiste una visione delle alterazioni del sonno come sintomi secondari ad altra condizione psicopatologica, accompagnata dall'aspettativa che la risoluzione della problematica d'ansia o depressione porti a miglioramento anche del sonno. Tale impostazione è stata superata dal riconoscimento del disturbo di insonnia quale entità diagnostica indipendente con un suo corso e un suo specifico trattamento. Qui abbiamo delineato gli aspetti principali dei disturbi comportamentali del sonno, dando indicazioni teoriche basate sull'evidenza scientifica per la definizione del sonno patologico e del sonno sano. All'interno di tali declinazioni abbiamo proposto un'intervista clinica semistrutturata per la valutazione del sonno in ambito psicoterapeutico, in grado di identificare la presenza e gravità del disturbo comportamentale del sonno così come di tracciare un profilo della salute del sonno. Tale valutazione comprende anche l'identificazione di specifiche problematiche e fattori di mantenimento del disturbo, utili ai fini di un trattamento personalizzato.

Bibliografia

- Adams, R. J., Appleton, S. L., Taylor, A. W., Gill, T. K., Lang, C., McEvoy, R. D., & Antic, N. A. (2017). Sleep health of Australian adults in 2016: results of the 2016 Sleep Health Foundation national survey. *Sleep health, 3*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.005>
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *The international classification of sleep disorders: diagnostic & coding manual* (3rd ed). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Baglioni, C., Altena, E., Bjorvatn, B., Blom, K., Bothelius, K., Devoto, A., Espie, C. A., Frase, L., Gavrilloff, D., Tuulikki, H., Hoffleiner, A., Högl, B., Holzinger, B., Järnefelt, H., Jernelöv, S., Johann, A. F., Lombardo, C., Nissen, C., Palagini, L., Peeters, G., ... Riemann, D. (2020). The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *Journal of sleep research, 29*(2), e12967. <https://doi.org/10.1111/jsr.12967>
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, 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*(1-3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalter, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F. III, & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin, 142*(9), 969–990. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine, 2*(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M. E., & Marchand, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 24(4), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.010>
- Brown, J., & Makker, H. K. (2020). An approach to excessive daytime sleepiness in adults. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m1047. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1047>
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9–17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Caliandro, R., Streng, A. A., van Kerkhof, L. W. M., van der Horst, G. T. J., & Chaves, I. (2021). Social Jetlag and Related Risks for Human Health: A Timely Review. *Nutrients*, 13(12), 4543. <https://doi.org/10.3390/nu13124543>
- Chaput, J. P., Dutil, C., Featherstone, R., Ross, R., Giangregorio, L., Saunders, T. J., Janssen, I., Poitras, V. J., Kho, M. E., Ross-White, A., & Carrier, J. (2020). Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 45(10 (Suppl. 2)), S218–S231. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0034>
- Drake, C. L., Cheng, P., Almeida, D. M., & Roth, T. (2017). Familial risk for insomnia is associated with abnormal cortisol response to stress. *Sleep*, 40, 10.1093/sleep/zsx143
- Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(2), 255–262. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8986>
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual review of psychology*, 53, 215–243. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135243>
- Gallicchio, L., & Kalesan, B. (2009). Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research*, 18(2), 148–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00732.x>
- Garland, S. N., Rowe, H., Repa, L. M., Fowler, K., Zhou, E. S., & Grandner, M. A. (2018). A decades difference: 10-year change in insomnia symptom prevalence in Canada depends on sociodemographics and health status. *Sleep health*, 4(2), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.01.003>
- Garner, A., Manges, J., & Anderson, R. (2011). The Effects of Pre-Bedtime Routine on Sleep. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences*, 10(1).
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 14–25. <https://doi.org/10.1080/16506070701819524>
- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: symptom or diagnosis?. *Clinical psychology review*, 21(7), 1037–1059. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00083-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00083-0)
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00061-4)
- Harvey, A. G. (2008). Insomnia, Psychiatric Disorders, and the Transdiagnostic Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 17(5), 299–303. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00594.x>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 43, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Kalmbach, D. A., Anderson, J. R., & Drake, C. L. (2018). The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *Journal of sleep research*, 27(6),

- e12710. <https://doi.org/10.1111/jsr.12710>
- Koffel, E., Bramoweth, A. D., & Ulmer, C. S. (2018). Increasing access to and utilization of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I): a narrative review. *Journal of general internal medicine*, 33(6), 955–962. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4390-1>
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.07.004>
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical care research and review : MCRR*, 56(2), 123–136. <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>
- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., & Morin, C. M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of psychosomatic research*, 63(2), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.004>
- Léger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(6), 379–389. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.01.003>
- Léger, D., Morin, C. M., Uchiyama, M., Hakimi, Z., Cure, S., & Walsh, J. K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep medicine*, 13(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.020>
- Littner, M. R., Kushida, C., Wise, M., Davila, D. G., Morgenthaler, T., Lee-Chiong, T., Hirshkowitz, M., Daniel, L. L., Bailey, D., Berry, R. B., Kapen, S., Kramer, M., & Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine (2005). Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. *Sleep*, 28(1), 113–121. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.1.113>
- Meltzer, L. J., Williamson, A. A., & Mindell, J. A. (2021). Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep medicine reviews*, 57, 101425. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101425>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep medicine reviews*, 40, 93–108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0914>
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.1053/smrv.2002.0186>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 12(6), 785–786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Pigeon, W. R., May, P. E., Perlis, M. L., Ward, E. A., Lu, N., & Talbot, N. L. (2009). The effect of interpersonal psychotherapy for depression on insomnia symptoms in a cohort of women with sexual abuse histories. *Journal of traumatic stress*, 22(6), 634–638. <https://doi.org/10.1002/jts.20456>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., Denberg, T. D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (2016). Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 165(2), 125–133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., Weeß, H. G., ... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26(6), 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Sateia M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387–1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Schennach, R., Feige, B., Riemann, D., Heuser, J., & Voderholzer, U. (2019). Pre- to post-inpatient treatment of subjective sleep quality in 5,481 patients with mental disorders: A longitudinal analysis. *Journal of*

- sleep research*, 28(4), e12842. <https://doi.org/10.1111/jsr.12842>
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 60, 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
- Soehner, A. M., & Harvey, A. G. (2012). Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: results from a nationally representative sample. *Sleep*, 35(10), 1367–1375. <https://doi.org/10.5665/sleep.2116>
- Sofi, F., Cesari, F., Casini, A., Macchi, C., Abbate, R., & Gensini, G. F. (2014). Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, 21(1), 57–64. <https://doi.org/10.1177/2047487312460020>
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric clinics of North America*, 10(4), 541–553.
- Troxel, W. M., Kupfer, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Frank, E., Thase, M. E., Miewald, J. M., & Buysse, D. J. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(4), 478–485. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07184>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., & Tasali, E. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, 38(6), 843–844. <https://doi.org/10.5665/sleep.4716>
- Wickwire, E. M., Shaya, F. T., & Scharf, S. M. (2016). Health economics of insomnia treatments: The return on investment for a good night's sleep. *Sleep medicine reviews*, 30, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.11.004>
- Wittmann, M., Dinich, J., Mellow, M., & Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: misalignment of biological and social time. *Chronobiology international*, 23(1-2), 497–509. <https://doi.org/10.1080/07420520500545979>

Ultimo esame medico

Peso:
Altezza:
Disturbi fisici presenti:

VALUTAZIONE CLINICA SUL SONNO

La prima P: Problema presentato: presenza e frequenza dei sintomi notturne e diurni secondo i criteri diagnostici.

SINTOMI NOTTURNI				
<i>Presenta le seguenti difficoltà del sonno?</i>				
	(Criterio A, DSM-5; Criterio A, ICSD-3)			
	Difficoltà ad addormentarsi?	SI	NO	A volte
	Pensando a una notte tipica del sonno (nell'ultimo mese), quanto tempo impiega in media ad addormentarsi?	Mi addormento subito Entro 10 minuti Entro 10 e 30 minuti Più di 30 minuti		
	Difficoltà a restare addormentato?	SI	NO	A volte
	– A causa di numerosi risvegli notturni	SI	NO	A volte
	– Perché non riesce a riprendere sonno dopo un risveglio notturno	SI	NO	A volte
	Pensando a una notte tipica del sonno (nell'ultimo mese), quanto tempo in media resta sveglio/a durante la notte?	Non mi sveglio mai o quasi mai Pochi minuti Entro i 30 minuti Più di 30 minuti		
	Cosa la sveglia in genere durante la notte?	Mi sveglio spontaneamente Rumori Bisogno di andare al bagno Mio figlio/mia figlia/i miei figli Dolori fisici Altro:		
	Ha difficoltà a svegliarsi all'ora che vorrebbe, ovvero le capita di svegliarsi prima rispetto a quello che vorrebbe?	SI	NO	A volte

	Pensando a una notte tipica di sonno (nell'ultimo mese), quanto tempo in media intercorre tra l'ultimo risveglio e l'orario desiderato di risveglio?	Pochi minuti Entro i 30 minuti Più di 30 minuti		
Per la popolazione pediatrica o per specifici pazienti	Resistenza ad andare a letto negli orari appropriati previsti	SI	NO	A volte
	Descrivere...			
	Difficoltà a dormire senza l'intervento del genitore	SI	NO	A volte
	Descrivere...			

Pensando a una settimana tipica (nell'ultimo mese), quanti giorni a settimana le capita di avere questi problemi associati al sonno?

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

SINTOMI DIURNI						
<i>Presenta le seguenti difficoltà durante il giorno?</i>	(Criterio B, DSM-5; Criterio B, ICSD-3)	Stima della gravità del problema				
		No	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Fatica/Malessere						
Difficoltà di attenzione, di concentrazione o di memoria						
Difficoltà nelle relazioni sociali o professionali o scarso rendimento scolastico o sul lavoro						
Umore negativo o irritabilità						
Sonnolenza diurna						
Riduzione dell'iniziativa, dell'energia e della motivazione						
Tendenza a commettere errori sul lavoro o incidenti stradali						
Tensione, mal di testa o disturbi gastrointestinali associati alla perdita di sonno						
Preoccupazione o ansia circa il sonno						

La seconda P: Fattori PREDISPONENTI

È a conoscenza di qualche familiare che soffre o ha sofferto di problemi di insonnia?

Mamma Papà Sorella/Fratello Figlio/Figlia Nonna/Nonno Altro

È a conoscenza di come dormiva da bambino?

Si No

Se sì, quali di queste affermazioni secondo Lei la descrive meglio da bambino?

- Ero un/una gran dormiglione/a
- Ho sempre dormito poco
- Facevo grandi storie prima di andare a letto
- Mi addormentavo solo se mia madre o mio padre restavano con me
- Per addormentarmi avevo bisogno di rituali specifici
 - Per es:
- Mi sono sempre svegliato/a molto presto la mattina
- Mi sono sempre addormentato/a molto tardi la sera

La terza P: Fattori PRECIPITANTI

Da quanto tempo ha problemi di insonnia?

Associa l'insorgenza dei problemi di insonnia a qualche evento o situazione particolare nella sua vita (per es. morte di un caro, divorzio o separazione, pensionamento, problemi di salute)?

Ha notato miglioramenti o peggioramenti della qualità del suo sonno, o cambiamenti significativi nella quantità di sonno, in determinati periodi dell'anno? (per es., inizio della stagione primaverile, inizio della stagione autunnale)

Si è rivolto ad altri clinici professionisti esperti del sonno?

Se sì:

Professionista?	Neurologo Psichiatra Altro
Centro?	Centro del sonno (AIMS) Altro
Quando?	In questo periodo (il/la paziente viene seguita anche da altro professionista) In un periodo precedente:
Valutazione del sonno?	Polisonnografia Attigrafia Altri esami

Farmaci

Farmaci per il sonno prescritti a seguito di valutazione specialistica (ad esempio da medico di base, neurologo, psichiatra)	SI	NO
Nome del farmaco/i		
Dosaggio prescritto		
Dosaggio generalmente assunto		
Orario		
Frequenza settimanale		
Medico che ha prescritto il farmaco/i		
Farmaci per il sonno non prescritti (ad esempio assunti su consiglio di un/a farmacista, amico/a o altro)	SI	NO
Nome del farmaco/i		
Dosaggio		
Orario		
Frequenza settimanale		
Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		
Melatonina	SI	NO
Dosaggio		
Orario		
Frequenza settimanale		
Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		
Farmaci per alta condizione medica	SI	NO

	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Medico che ha prescritto il farmaco/i		
Psicofarmaci		SI	NO
	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Medico che ha prescritto il farmaco/i		
Supplementi (per es. integratori alimentari)		SI	NO
	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		
Farmaci omeopatici		SI	NO
	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		
Farmaci a base di erbe		SI	NO
	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		
Farmaci o preparazioni a base di CBD (per es., olio, capsule)		SI	NO
	Nome del farmaco/i		
	Dosaggio		
	Orario		
	Frequenza settimanale		
	Chi lo ha suggerito? Come lo ha scelto?		

La quarta P: Fattori PERPETUANTI o di mantenimento

Fattori comportamentali: Abitudini del Sonno

Durante la settimana:

		Categorizzazione
A che ora va a letto la sera?		Prima delle 22:00 Tra le 22:01 e le 23:00 Tra le 23:01 e le 24:00 Tra le 24:01 e le 1:00 Dopo le 1:00
A che ora spegne la luce per addormentarsi?		Rispetto all'ora in cui va a letto: Pochi minuti dopo Tra i 10 e i 30 minuti dopo Oltre i 30 minuti dopo
A che ora si sveglia definitivamente la mattina?		Rispetto all'ora in cui si alza: Pochi minuti prima Tra i 10 e i 30 minuti prima Oltre i 30 minuti prima
La mattina si sveglia con la sveglia?		
A che ora si alza definitivamente dal letto?		Prima delle 6:00 Tra le 6:00 e le 7:00 Tra le 7:01 e le 8:00 Tra le 8:01 e le 9:00 Dopo le 9:00
Con che frequenza fa sonnellini diurni?		
<i>Durata del sonno (calcolata dalle risposte precedenti):</i>		Meno di 6 ore Tra le 6 e le 7 ore Tra le 7 e le 9 ore Tra le 9 e le 10 ore Più di 10 ore

Durante il fine settimana:

		Categorizzazione
A che ora va a letto la sera?		Prima delle 22:00 Tra le 22:01 e le 23:00 Tra le 23:01 e le 24:00 Tra le 24:01 e le 1:00 Dopo le 1:00
A che ora spegne la luce per addormentarsi?		Rispetto all'ora in cui va a letto: Pochi minuti dopo Tra i 10 e i 30 minuti dopo Oltre i 30 minuti dopo

A che ora si sveglia definitivamente la mattina?		Rispetto all'ora in cui si alza: Pochi minuti prima Tra i 10 e i 30 minuti prima Oltre i 30 minuti prima
La mattina si sveglia con la sveglia?		
A che ora si alza definitivamente dal letto?		Prima delle 6:00 Tra le 6:00 e le 7:00 Tra le 7:01 e le 8:00 Tra le 8:01 e le 9:00 Dopo le 9:00
Con che frequenza fa sonnellini diurni?		
<i>Durata del sonno (calcolata dalle risposte precedenti):</i>		Meno di 6 ore Tra le 6 e le 7 ore Tra le 7 e le 9 ore Tra le 9 e le 10 ore Più di 10 ore

Alcune domande sull'ambiente della sua camera da letto:

Condivide la stanza con qualcuno?	NO <input type="checkbox"/> Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Frattello/i/Sorella/e <input type="checkbox"/> Amico/i/Coinquilino/i <input type="checkbox"/> Altro: _____
Condivide il letto con qualcuno?	NO <input type="checkbox"/> Coniuge/Partner <input type="checkbox"/> Frattello/i/Sorella/e <input type="checkbox"/> Amico/i/Coinquilino/i <input type="checkbox"/> Altro: _____
La temperatura della stanza è confortevole?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, troppo fredda <input type="checkbox"/> No, troppo calda
Il materasso è confortevole?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nella sua camera da letto c'è una TV o una radio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nella sua camera da letto c'è un computer?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Porta con se nella camera da letto lo smartphone o il tablet	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

La valutazione del sonno in psicoterapia: una proposta di intervista clinica semistrutturata

A letto prima di addormentarsi usa il cellulare a letto? (social, film, serie TV)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Usa il computer a letto durante il giorno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Usa il computer a letto prima di addormentarsi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Guarda la TV a letto prima di addormentarsi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È solito/a lavorare nella sua camera da letto?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nella sua camera da letto ha una scrivania con sopra materiale di lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È solito/a leggere prima di addormentarsi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Abitudini durante il giorno (lavoro, alimentazione, esercizio fisico, famiglia e bambini, attività di piacere)

Lavora?	<input type="checkbox"/> Sì a tempo pieno <input type="checkbox"/> Sì a tempo parziale <input type="checkbox"/> No
Il suo lavoro ha orari regolari	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
A che ora inizia a lavorare la mattina?	<input type="checkbox"/> Prima delle 6:00 <input type="checkbox"/> Tra le 6:00 e le 7:00 <input type="checkbox"/> Tra le 7:00 e le 8:00 <input type="checkbox"/> Tra le 8:00 e le 9:00 <input type="checkbox"/> Tra le 9:00 e le 10:00 <input type="checkbox"/> Dopo le 10:00
A che ora finisce di lavorare il pomeriggio/la sera?	<input type="checkbox"/> Prima delle 13:00 <input type="checkbox"/> Tra le 13:00 e le 14:00 <input type="checkbox"/> Tra le 14:00 e le 16:00 <input type="checkbox"/> Tra le 16:00 e le 18:00 <input type="checkbox"/> Tra le 18:00 e le 20:00 <input type="checkbox"/> Dopo le 20:00
È solito/a lavorare dopo cena?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fa colazione regolarmente tutti i giorni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fa pausa pranzo regolarmente tutti i giorni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Cena regolarmente tutti i giorni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Quanti caffè o bevande a base di caffeina prende al giorno?	0 1 2 3 4 Più di 4
Quanti tè prende al giorno?	0 1 2 3 4 Più di 4
È solito/a bere caffè dopo cena?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fuma sigarette, sigari, pipa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Beve alcolici?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Assume cannabis?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Quanto tempo passa al giorno davanti a uno schermo (computer, tablet, smartphone, cellulare, televisione?)	<input type="checkbox"/> Meno di 1 h <input type="checkbox"/> Tra 1 e 3 h <input type="checkbox"/> Tra 4 e 6 h <input type="checkbox"/> Tra 6 e 8 h <input type="checkbox"/> Tra 8 e 10 h <input type="checkbox"/> Più di 10 h
È soddisfatto/a della sua situazione lavorativa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Svolge attività fisica regolare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, per quanto tempo a settimana	<input type="checkbox"/> Meno di 1 h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> 2-4 h <input type="checkbox"/> 4-6 h <input type="checkbox"/> 6-8 h <input type="checkbox"/> 8-10 h <input type="checkbox"/> Più di 10 h
È solito/a svolgere attività fisica dopo cena?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

La valutazione del sonno in psicoterapia: una proposta di intervista clinica semistrutturata

Ha figli minorenni che vivono con lei?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È soddisfatto/a della sua organizzazione familiare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È soddisfatto/a delle sue relazioni familiari?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È soddisfatto delle sue relazioni sociali in generale? (amici, colleghi)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Emozioni associate alle difficoltà del sonno

Quando non riesce a dormire (problemi di addormentamento, di risveglio notturno prolungato o di risveglio precoce), quali emozioni prova con maggiore frequenza?	<input type="checkbox"/> Tristezza <input type="checkbox"/> Rabbia <input type="checkbox"/> Frustrazione <input type="checkbox"/> Angoscia <input type="checkbox"/> Calma <input type="checkbox"/> Stanchezza <input type="checkbox"/> Paura <input type="checkbox"/> Colpa
--	--

Quando va a letto, con che intensità presenta:

Pensieri intrusivi a valenza negativa (per esempio, preoccupazioni)	0	1	2	3	4
Pensieri intrusivi ma non necessariamente a valenza negativa (per esempio, pianificazione)	0	1	2	3	4
Pensieri che corrono veloci, sensazione di non riuscire a spegnere la testa	0	1	2	3	4
Tensioni muscolari	0	1	2	3	4
Palpitazioni o sensazione che il cuore batta forte	0	1	2	3	4
Mal di testa	0	1	2	3	4
Dolori gastrointestinali	0	1	2	3	4

Sintomi di altri disturbi del sonno (nota: il paziente potrebbe essere stato inviato da neurologo e aver già avuto una valutazione esaustiva di altri problemi del sonno, in questo caso questa parte può essere saltata)

	Sì	No
Durante il giorno le capita di avere attacchi di sonno incoercibili		

Le capita di avere un bisogno eccessivo di dormire (non le bastano 10 ore)		
Ha notato o le hanno detto che nel sonno smette di respirare per un p0'		
Ha avuto spesso (+ di 3 volte al mese) incubi o sogni angoscianti?		
Ha avuto episodi di sonnambulismo o comportamenti strani nel sonno?		
Le capita di provare formicolio o dolore alle gambe (caviglie) e incapacità di tenerle ferme		
Le capita di provare scosse o scatti alle gambe durante la notte o di risvegliarsi con crampi alle gambe		

Valutazione psicopatologica

	Sì	No
È attualmente in cura per un problema psicologico o psichiatrico?		
È stato in passato in cura per un problema psicologico o psichiatrico?		
È a conoscenza di un familiare stretto che ha ricevuto una diagnosi di disturbo psicologico o psichiatrico?		
Ha mai avuto problemi con alcol o droghe?		
In questi ultimi tempi le è capitato qualcosa di difficile da affrontare?		
Ha mai avuto un attacco di panico, in cui si è sentita/o improvvisamente terrorizzata/o, ansiosa/o o estremamente a disagio		

La valutazione del sonno in psicoterapia: una proposta di intervista clinica semistrutturata

Ha mai avuto paura di uscire fuori di casa da sola/o, di trovarsi in mezzo alla folla, di stare in fila, o viaggiare in autobus o in treno?		
Negli ultimi 6 mesi, è stata/o particolarmente nervosa/o o ansiosa/o?		
Si preoccupa molto che possano accaderle cose terribili?		
Durante gli ultimi 6 mesi potrebbe dire di essere stata/o preoccupata/o per la maggior parte del tempo (più giorni sì che no)?		
Nell'ultimo mese, c'è stato un periodo di tempo in cui si sentiva depressa/o e giù per la maggior parte della giornata e quasi ogni giorno? Se sì, almeno per due settimane?		
È mai stata/o infastidita/o da pensieri senza senso che si presentavano alla mente e che ritornavano ogni qual volta provava a scacciarli?		

Appendice B

Strumenti di valutazione aggiuntivi

Ambito indagato	Dimensione valutata	Strumento	Descrizione
Valutazione psicopatologica	Presenza e gravità di sintomatologia depressiva	Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996; Versione italiana: Sica & Ghisi, 2007)	Numero di item: 21 Punteggio: 0-63 Interpretazione: sintomi minimi (0-10), lievi (10-19), moderati (20-29), gravi (30-63)
	Livelli di ansia di tratto e ansia di stato	State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1983; Versione italiana: Pedrabiss & Santinello, 1989)	Numero di item: 40 (20 tratto e 20 stato) Punteggio: 20-80 per ogni sottoscala Interpretazione: sintomi di ansia clinicamente rilevanti (≥ 40 per ogni sottoscala)
Valutazione del problema presentato e delle 3P	Credeze e attitudini disfunzionali relative al sonno	Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep (DBAS-16; Morin, Vallières, & Ivers, 2007; Versione italiana: Coradeschi et al., 2000)	Numero di item: 16 Punteggio: 0-160 Interpretazione: punteggi più alti indicano maggiori credeze e attitudini disfunzionali
	Livello di sonnolenza diurna	Epworth Sleepiness Scale (ESS; Johns, 1991; Versione italiana: Vigniatelli et al., 2003)	Numero di item: 8 Punteggio: 0-24 Interpretazione: sonnolenza normale (0-10); sonnolenza eccessiva (11-24)
	Presenza e gravità dei sintomi di insonnia	Insomnia Severity Index (ISI; Bastien et al., 2001; Versione italiana: Castronovo et al., 2016)	Numero di item: 7 Punteggio: 0-28 Interpretazione: sintomi non clinicamente rilevanti (0-7); sintomi sottocriterio (8-14); insonnia moderata (15-21); insonnia grave (22-28)
	Abitudini di igiene del sonno	Sleep Hygiene Index (SHI; Mastin et al., 2006; Versione italiana: Bacaro, Curati, & Baglioni, 2022)	Numero di item: 13 Punteggio: 13-65 Interpretazione: buona igiene del sonno (26); igiene del sonno nella media (27-34); cattiva igiene del sonno (≥ 35)

	Livello di attivazione (arousal) cognitiva e somatica all'addormentamento	Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS; Nicassio et al., 1985; Versione italiana: Devoto & Violani, 2009)	Numero di item: 16 divisi in arousal cognitivo (8) e arousal somatico (8) Punteggio: 8-40 per sottoscala Interpretazione: maggiori punteggi indicano maggiore attivazione cognitiva / somatica
Diagnosi differenziale e comorbidità con altri disturbi del sonno	Possibile presenza di apnea notturna	Berlin Questionnaire (BQ; Netzer et al., 1999; Versione italiana: Gassino et al., 2005)	Numero di item: 10 divisi in tre categorie (russamento o apnee, sonnolenza e stanchezza diurna, rischio cardiovascolare) Punteggio: positività per ogni categoria in base ai punteggi degli item corrispondenti Interpretazione: positività ad almeno una categoria indica possibile presenza di sindrome da apnea notturna
	Tipologia circadiana*	Morningness-Eveningness Questionnaire-reduced (r-MEQ; Natale et al., 2006)	Numero di item: 5 Punteggio: 4-25 Interpretazione: punteggi più alti indicano maggiore preferenza mattutina; tipologia serotina (4-10), tipologia intermedia (11-18), tipologia mattutina (19-25)
	Presenza e gravità della sindrome delle gambe senza riposo	International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale (IRLS; Walters et al., 2003)	Numero di item: 10 Punteggio: 0-40 Interpretazione: assenza (0), lieve (1-10), moderata (11-20), grave (21-30), molto grave (31-40)

*La tipologia circadiana non rappresenta patologia; tuttavia, un estremo mattutino o serotino può indicare la necessità di indagare più a fondo l'allineamento tra ritmi endogeni e ritmi esogeni.

Bibliografia

Bacaro, V., Curati, S., & Baglioni, C. (2022). Validation study of the Italian version of the Sleep Hygiene Index. *Journal of Sleep Research*, 31(1), e13445. <https://doi.org/10.1111/jsr.13445>

- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Castronovo, V., Galbiati, A., Marelli, S., Brombin, C., Cugnata, F., Giarolli, L., Anelli, M. M., Rinaldi, F., & Ferini-Strambi, L. (2016). Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 37(9), 1517–1524. <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2620-z>
- Coradeschi D (2012). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire. In D Coradeschi, A Devoto (a cura di) *Insomnia. Strumenti di valutazione Psicologica*, 101-106. Erickson, Trento.
- Devoto, A., & Violani, C. (2009). *Curare l'insonnia senza farmaci. Metodi di valutazione e intervento cognitivo-comportamentale*. Carrocci Faber Editors, Roma.
- Gassino, G., Cicolin, A., Erovigni, F., Carossa, S., & Preti, G. (2005). Obstructive sleep apnea, depression, and oral status in elderly occupants of residential homes. *The International journal of prosthodontics*, 18(4), 316–322.
- Johns M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540–545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- Mastin, D. F., Bryson, J., & Corwyn, R. (2006). Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 223–227. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9047-6>
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>
- Natale, V., Esposito, M. J., Martoni, M., & Fabbri, M. (2006). Validity of the reduced version of the Morningness-Eveningness Questionnaire. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(1), 72–74. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00192.x>
- Netzer, N. C., Stoohs, R. A., Netzer, C. M., Clark, K., & Strohl, K. P. (1999). Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 485–491. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00002>
- Nicassio, P. M., Mendlowitz, D. R., Fussell, J. J., & Petras, L. (1985). The phenomenology of the pre-sleep state: the development of the pre-sleep arousal scale. *Behaviour Research and Therapy*, 23(3), 263–271. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90004-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90004-x)
- Pedrabissi L, Santinello M (1989) Inventario per l'ansia di «Stato» e di «Tratto»: nuova versione italiana dello STAI Forma Y: Manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Sica, C., & Ghisi, M. (2007). The Italian versions of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II: Psychometric properties and discriminant power. In M. A. Lange (Ed.), *Leading-Edge Psychological Tests and Testing Research* (pp. 27–50). Hauppauge, NY: NOVA Science.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Vignatelli, L., Plazzi, G., Barbato, A., Ferini-Strambi, L., Manni, R., Pompei, F., D'Alessandro, R., & GINSEN (Gruppo Italiano Narcolessia Studio Epidemiologico Nazionale (2003). Italian version of the Epworth sleepiness scale: external validity. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 23(6), 295–300. <https://doi.org/10.1007/s100720300004>
- Walters, A. S., LeBrocq, C., Dhar, A., Hening, W., Rosen, R., Allen, R. P., Trenkwalder, C., & International Restless Legs Syndrome Study Group (2003). Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Medicine*, 4(2), 121–132. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(02\)00258-7](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(02)00258-7)