

GLI INCUBI NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE:
DALLA VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO ATTRAVERSO
UN'ESEMPLIFICAZIONE CLINICA

Marzia Albanese

Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Roma

Corrispondenza

Marzia Albanese

Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma

E-mail: marzia.alb@icloud.com

Riassunto

La presenza di incubi è riscontrabile in una considerevole porzione di persone traumatizzate e, in generale, nel 70% della popolazione psichiatrica generale. Nonostante diversi autori abbiano inoltre evidenziato come il trattamento degli incubi vada a migliorare non solo l'esito del trattamento dei pazienti con PTSD ma anche dei pazienti con altri quadri psicopatologici, la valutazione ed il trattamento specifico degli incubi oggi rimangono rari anche nei centri clinici dedicati alla cura del sonno. Questo articolo intende dunque dimostrare l'utilità di una adeguata valutazione psicodiagnostica e di uno specifico trattamento psicoterapeutico del disturbo da incubo attraverso la condivisione di un caso clinico.

Parole chiave: trauma, incubi, disturbo post-traumatico da stress, insonnia, imagery rehearsal therapy, rescripting

ASSESSMENT AND TREATMENT OF NIGHTMARES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL
THERAPY: A CLINICAL EXEMPLIFICATION

Abstract

The presence of nightmares is found in a considerable portion of traumatized people and in 70% of the general psychiatric population. Although several authors have also highlighted how the treatment of nightmares improves not only the outcome of the treatment of patients with PTSD but also of patients with other psychopathological conditions, the evaluation and specific treatment of nightmares today remain rare even in dedicated clinical centers to sleep care. This article intends to demonstrate the usefulness of an adequate psychodiagnostic evaluation and of a specific psychotherapeutic treatment of nightmare disorder through the sharing of a clinical case.

Key words: trauma, nightmares, post-traumatic stress disorder, insomnia, imagery rehearsal therapy, rescripting

DOI: 10.36131/COGNCL20230108

RICEVUTO IL 3 APRILE 2023, ACCETTATO IL 14 GIUGNO 2023

Introduzione

Gli incubi sono un fenomeno riscontrabile nell'intera popolazione e vengono definiti all'interno del DSM-V come sogni intensamente spiacevoli e minacciosi che causano difficoltà a dormire e/o un risveglio con sentimenti di paura o angoscia. Nonostante l'emozione prevalente dell'incubo sia la paura, diversi studi (Köthe & Pietrowsky, 2001; Robert & Zadra, 2014; Phelps et al., 2018) hanno riscontrato la presenza ricorrente di altre emozioni come la rabbia, la vergogna e la tristezza, che possono manifestarsi sia durante l'episodio onirico che al risveglio o al successivo ricordo dell'esperienza del sogno. Per essere diagnosticati come sintomo di un disturbo, gli incubi devono causare un significativo disagio e/o una compromissione nel funzionamento diurno della persona che ne fa esperienza. Questo sembra accadere in diversi quadri psicopatologici e le principali diagnosi a cui spesso gli incubi si accompagnano sono il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), l'ansia generalizzata, lo stress acuto e il disturbo bipolare (Giesemann et al., 2019). In particolare, sono diversi gli studi presenti in letteratura (Harvey et al, 2003) che testimoniano come l'aver esperito un evento traumatico porti a una difficoltà nell'addormentamento, nel mantenimento del sonno e alla persistenza di incubi notturni. Del resto, queste conseguenze fanno parte di una tipica e normale risposta a un evento traumatico (Pillar et al, 2000) tanto che il DSM elenca da sempre gli incubi all'interno del cluster sintomatologico di *reexperiencing* dell'evento traumatico (Cluster B) e la difficoltà ad addormentarsi e a rimanere addormentati all'interno del cluster di sintomi che descrivono invece i sintomi di *iper-arousal* (Cluster D). L'aver esperito esperienze traumatiche infantili è infatti uno dei fattori eziologici del disturbo da incubo che, oltre a porre le radici per l'insorgenza di un disturbo post-traumatico complesso (cPTSD), compromette lo sviluppo di abilità di regolazione emotiva del soggetto impedendone l'espressione funzionale delle emozioni nelle ore diurne che trovano così prevalentemente spazio in quelle notturne. Tuttavia, è importante sottolineare che non necessariamente gli incubi consistono in una copia esatta del trauma (Schreuder et al, 2000) ma sono anche il riflesso delle intense emozioni ad esso associate. Anche dopo diverso tempo in cui tendono a "cronicizzarsi", gli incubi dei pazienti con PTSD sembrano infatti contenere generali temi di minaccia o di morte (Mellman et al, 2001; Esposito et al, 1999). Su un campione di veterani del Vietnam con diagnosi di PTSD, Esposito e collaboratori (1999) hanno infatti riscontrato come il contenuto onirico di questi pazienti comprendesse non solo scenari di combattimento ambientati nel passato e realmente esperiti dai pazienti, ma anche generali eventi minacciosi ambientati nel presente. Inoltre, l'iperarousal, fattore fisiopatologico comune al PTSD (Buckley & Kaloupek, 2001; Kendall-Tackett, 2009; Pacella et al., 2013; Pole, 2007) e all'insonnia (Riemann et al., 2010), rappresenta un importante fattore eziologico degli incubi, in quanto, accumulato nelle ore diurne dal soggetto, tende a mantenersi costante durante la notte favorendo l'insorgenza di stati di allerta anche nel sogno.

Valutazione psicodiagnostica

L'assessment è la premessa fondamentale per l'organizzazione del piano terapeutico e rappresenta la fase in cui il clinico può fare ricorso all'uso di strumenti psicodiagnostici per l'impostazione di un trattamento efficace che tenga conto non soltanto del quadro diagnostico di riferimento, ma anche delle specificità del soggetto. In particolare, per la valutazione del disturbo da incubo è necessario che il clinico comprenda la natura degli incubi, la loro frequenza e cosa ne consegue sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale del paziente. Allo stato

attuale, esistono diversi strumenti per la valutazione del disturbo da incubo. La frequenza degli incubi può essere valutata dal *Nightmare Frequency Questionnaire* (NFQ, Krakow et al., 2002), dal *Mannheim Dream Questionnaire* (MADRE, Schredl et al., 2010) e dal *Disturbing Dream and Nightmare Severity Index* (DDNSI, Krakow & Zadra, 2006). Altri strumenti a disposizione consentono l'indagine delle conseguenze emotive e cognitive degli incubi, come il *Nightmare Distress Questionnaire* (NDQ, Belicki, 1992), il *Nightmare Effects Survey* (NES, Krakow et al., 2000), il *Trauma Related Nightmare Survey* (TRNS, Davis & Wright, 2007), la *Van Dream Anxiety Scale* (VDAS, Agargün et al., 1999) ed il *Nightmare Effects Questionnaire* (NEQ, Schlarb et al., 2016) per gli adolescenti dai 14 ai 18 anni. Per la valutazione invece delle conseguenze comportamentali degli incubi, è a disposizione il *Nightmare Behavior Questionnaire* (NBQ, Köthe & Pietrowsky, 2001).

Trattamento

Il trattamento specifico degli incubi, sebbene spesso sottovalutato nella clinica, ricopre un'importanza fondamentale in particolare in alcuni quadri psicopatologici in cui, come abbiamo visto in relazione al PTSD, la presenza degli incubi rappresenta un fondamentale dominio sintomatologico. Tra gli approcci che si sono maggiormente interessati al trattamento degli incubi quelli psicodinamici hanno senza dubbio un'antica tradizione. Tuttavia, il focus di questi approcci è volto al significato del contenuto onirico piuttosto che allo sviluppo di strategie finalizzate alla riduzione della loro frequenza e delle conseguenze sull'addormentamento che ne derivano. Più recentemente, diversi autori ad orientamento cognitivo comportamentale (Germain et al., 2004; Krakow, 2004; Long & Quevillon, 2009; Falsetti et al., 2002; Wild et al., 2008; Witvliet, 1997) hanno proposto approcci terapeutici mirati alla ripetizione cronica degli incubi mediante il lavoro sulle immagini mentali del soggetto. Tali approcci considerano gli incubi non solamente una pura conseguenza del trauma, ma un vero e proprio comportamento appreso rinforzato nel tempo da specifici meccanismi di mantenimento e problemi secondari del soggetto su cui intervenire per la loro risoluzione; per tale motivo, con gli approcci terapeutici proposti, gli autori mirano a disimparare queste abitudini. Sulla base delle concettualizzazioni di Bootzin e Nicassio (1978) e di Howoritz (1983) prende così avvio una nuova prospettiva teorica dell'insonnia, che guarda agli incubi come un disturbo appreso del sonno conseguente a un danno a carico delle immagini mentali del soggetto. In quest'ottica, cambia anche il modo di guardare agli incubi dei pazienti con PTSD, che smettono di essere visti unicamente come sintomo post-traumatico da trattare mediante una psicoterapia principalmente incentrata sul trauma e diventano, piuttosto, un vero e proprio problema a sé stante che, seppur connesso al trauma originario di riferimento, tende a cronicizzarsi sino ad avere "vita propria" contribuendo al mantenimento della sintomatologia generale del PTSD, oltre che esserne una conseguenza (Albanese et al., 2022). Nonostante alcuni autori (Lancee et al., 2010; Neidhardt et al., 1992) abbiano osservato che la registrazione degli incubi su un apposito diario diminuisce la loro frequenza e l'angoscia associata, gli approcci più recenti hanno deciso di focalizzarsi, in vario modo, sui principi di desensibilizzazione ed esposizione guidata alle immagini mentali del soggetto e rappresentano ad oggi il trattamento elettivo consentendo contemporaneamente, a differenza dei diari, di: accedere direttamente al contenuto dell'incubo e alle emozioni connesse; identificare e modificare le cognizioni negative correlate all'evento traumatico; ridurre, di conseguenza, la sintomatologia post-traumatica complessiva. I primi approcci al trattamento degli incubi nel panorama cognitivo comportamentale (Kellner et al., 1992; Miller & Dipalato,

1983) sono stati basati sui principi dell'abituazione e dell'apprendimento inibitorio ed hanno rappresentato un adattamento delle tecniche tradizionalmente usate per il trattamento del PTSD (Foa & Rothbaum, 1989) al trattamento degli incubi. Durante la terapia veniva chiesto al paziente di immaginare vividamente l'incubo, inizialmente utilizzando tecniche di rilassamento nel momento di massima attivazione e, progressivamente nelle sedute successive, senza l'uso di alcun esercizio di accompagnamento; in entrambi i casi, al paziente non veniva chiesto di cambiare attivamente la trama (Kunze et al., 2017). Nonostante diversi studi (Davis & Wright, 2007; Hansen et al., 2013) abbiano evidenziato l'efficacia di questi primi interventi per la cura degli incubi, Arntz (2007) e Kunze (2017) ne sottolineano lo svantaggio relativo all'attivazione suscitata durante il trattamento, che inevitabilmente causa grave disagio nel paziente, anche a lungo termine. Grazie allo psichiatra Barry James Krakow e ad altri psicoterapeuti interessati all'utilizzo delle tecniche di riscrittura delle immagini mentali nel campo del trattamento della sintomatologia post-traumatica, viene adottata una nuova procedura per il trattamento degli incubi: l' Imagery Rehearsal Therapy (IRT), attualmente raccomandata come intervento di livello A per il disturbo da incubo dall'Oxford Centre for Evidence Based Medicine (Cranston et al., 2011) e dall'AASM (Aurora et al., 2010; Morgenthaler et al., 2018) poiché sostenuto dalle migliori prove attualmente disponibili sull'efficacia dei trattamenti. Come descritto nella revisione della letteratura sull'argomento da Albanese e colleghi (2022) la procedura dell'IRT consta di diverse sessioni di durata e numero variabile sulla base della specificità del caso clinico, pur condividendo imprescindibilmente le seguenti aree d'azione:

- *Psicoeducazione.* Il clinico fornisce al paziente informazioni dettagliate sui sogni e, in caso di PTSD, sulla loro associazione con le esperienze traumatiche; a questo, si accompagnano le istruzioni per una corretta igiene del sonno e si condividono i cicli disfunzionali di mantenimento dell'insonnia.
- *Apprendimento.* Obiettivo di questa fase è che il paziente “impari” ad avere gli incubi grazie all'acquisizione di metodi e strategie utili (Krakow, 2002) per lavorare sulle proprie immagini mentali con lo scopo di svilupparne di piacevoli. Questo permette al soggetto di fare scorta di immagini positive da portare con sé nel corso della pratica immaginativa (che viene istruito a fare insieme al terapeuta) per poter costruire un nuovo copione del sogno. In caso di PTSD parallelamente, in questa seconda fase del trattamento, il terapeuta allena il paziente al contenimento delle immagini mentali disturbanti mediante l'adozione di apposite skills (es. grounding). Lavorare con le immagini mentali può infatti portare il soggetto affetto da PTSD a esperire l'intrusione di immagini mentali traumatiche con conseguente insorgenza di fenomeni dissociativi.
- *Selezione dell'incubo spiacevole.* Una volta che il paziente avrà acquisito le strategie di lavoro sulle immagini mentali e fatto proprie le competenze di gestione dei potenziali stati dissociativi, si selezionerà l'incubo su cui si intende lavorare, selezionando quello più disturbante sul piano emotivo o il più frequente. Spesso i due coincidono.
- *Rievocazione dell'incubo selezionato.* Il paziente viene invitato a mettere per iscritto l'incubo prescelto, avendo cura di identificarne tutti i particolari.
- *Rescripting dell'incubo.* Il paziente viene invitato ad intervenire sul suo incubo cambiando attivamente la trama come desidera grazie all'uso delle abilità apprese insieme al terapeuta nel corso della fase due.
- *Rehearsal.* Al paziente viene chiesto di ripassare (rileggendo o mediante un esercizio di immaginazione autonoma) la riscrittura effettuata nella fase precedente, per almeno 10-20 minuti al giorno e preferibilmente prima di andare a dormire, finché l'incubo su cui si è lavorato

non riduce notevolmente la sua frequenza. Affinché ciò avvenga, è preferibile ripetere solo ed esclusivamente il nuovo copione senza rievocare l'incubo originario (Krakow, 2002). In questo modo, sulla base del razionale dell'IRT, il contenuto degli incubi potrà essere modificato proprio tramite la ripetizione della loro modifica.

L'IRT agisce dunque andando a inibire progressivamente l'incubo originale sostituendolo con qualcosa di positivo che possa spostare il contenuto indesiderato quando il sogno si ripete. Ne consegue pertanto un cambiamento cognitivo ed emotivo delle cognizioni e sensazioni negative connesse al contenuto precedente, che fa dell'IRT un utile strumento di ristrutturazione (Albanese et al., 2022). La ristrutturazione delle credenze patogene è infatti un passo fondamentale, che deve toccare non solo le credenze strettamente connesse al contenuto dell'incubo (e quindi al trauma) ma anche all' "avere gli incubi" in sé. Un aspetto, infatti, raramente preso in considerazione nella pratica clinica è proprio il mantenimento delle credenze disadattive legate agli incubi. La ruminazione e il catastrofismo hanno un impatto notevole sul paziente e, all'angoscia strettamente connessa al contenuto dell'incubo si aggiunge l'angoscia legata alle sue conseguenze nell'arco della stessa notte ("*non mi riaddormenterò*" "*è meglio non dormire per non sognare di nuovo queste cose terribili*") e nella quotidianità del giorno successivo ("*non sarò in grado di fare niente*." *dopo una notte di incubi, il giorno dopo sarà una tortura*"). In accordo quindi con Harvey e colleghi (2003), che hanno introdotto la terapia cognitiva per il trattamento dell'insonnia e raccomandano di cambiare le convinzioni disadattive mediante esperimenti comportamentali e ristrutturazioni cognitive, apportare questo concetto teorico alla cura degli incubi, oltre al lavoro diretto sulle immagini, porta ad ottimi risultati. Ne è una prova il tentativo di spiegare gli effetti dei trattamenti specifici per incubi di Rousseau e Belleville (2018) che hanno concluso come l'aumento dei sentimenti di padronanza (intesa come avere il controllo dei propri incubi) sia stata la conseguenza più rilevante per l'efficacia della procedura.

Esemplificazione clinica: il caso di Obasi

La pandemia Covid-19 ha messo a dura prova il benessere psicologico dei rifugiati e richiedenti asilo accolti nelle apposite strutture presenti sul territorio nazionale (CAS, SAI). Tra questi, le persone con pregressa vulnerabilità post-traumatica si sono trovate a gestire intense emozioni conseguenti all'isolamento (senso di costrizione, impotenza, ansia, rabbia e paura) con conseguente espressione o intensificazione di sintomi post-traumatici. È il caso di Obasi, ragazzo seguito all'interno del progetto "Implementation in a Public Mental Health Service of the Italian Guidelines for refugees and asylum seekers victims of torture and other forms of intentional violence" dell'Associazione Crossing Dialogues di Roma, a cui è stato inviato per la presenza di preoccupazioni intrusive e ricorrenti riguardo al proprio stato di salute in seguito alla contrazione del virus e al conseguente isolamento all'interno del centro in cui accolto. L'isolamento ha rappresentato per Obasi un chiaro fattore di scompensazione per l'espressione di una sintomatologia post-traumatica pregressa. In particolare, l'essere chiuso all'interno della stanza con altri due beneficiari positivi al coronavirus, il timore di non poter sopravvivere, i dolori al petto e i problemi respiratori, hanno rappresentato triggers dell'esperienza traumatica legata al viaggio migratorio del paziente in cui, impossibilitato a lasciare la barca, in balia di un destino incerto, ha vissuto un viaggio doloroso caratterizzato da caduta in mare, morti e mancato soccorso. Il percorso di psicoterapia effettuato insieme ad Obasi della durata di circa un anno e mezzo ha permesso l'elaborazione delle memorie traumatiche presenti sin dall'infanzia e la loro integrazione all'interno di un arco temporale inizialmente frammentato. Tutto questo

è stato possibile grazie all'integrazione di diverse tecniche volte al medesimo obiettivo: dalla Narrative Exposure Therapy (NET, Schauer et al., 2011) per la raccolta della storia di vita, al ricorso a tecniche espositive come l'Eye Movement and Desensitization Reprocessing (EMDR, Shapiro, 1996) e l'Imagery Rescripting (IwR, Arntz, 2011, 2012) per l'elaborazione delle memorie traumatiche emerse. In seguito ad un generale miglioramento della sintomatologia post-traumatica del paziente, osservata da un punteggio test-retest alla Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM5 (PCL-5; Weathers et al., 2013) Obasi continuava tuttavia a riferire nei controlli follow up la presenza di disturbi del sonno. In particolare, il paziente veniva attanagliato da risvegli frequenti per la presenza di incubi ricorrenti e successiva difficoltà a riaddormentarsi per paura di poterli riesperire sia nel corso della stessa notte che nelle notti successive. Il ricorso all'IRT ha dunque permesso di effettuare ulteriori passi nel percorso di psicoterapia per il trattamento di questo sintomo specifico, resistente al trattamento generale in accordo con i dati presenti in letteratura (Harvey & Bryant, 1998; Koren et al., 2002). In presenza di un mediatore culturale coinvolto nel setting terapeutico e formato in merito alla procedura, si sono così svolte le seguenti fasi che hanno portato a una riduzione della frequenza degli incubi di Obasi, misurata con la somministrazione dell'NFQ, da 4/5 a settimana a 0/1:

- *Psicoeducazione.* In questa fase è stato possibile fornire a Obasi informazioni dettagliate sui sogni e sulla loro associazione con le esperienze traumatiche nel pieno rispetto di un setting transculturale chiedendo apertamente al paziente il significato ed il valore attribuito alla dimensione onirica nella propria cultura di appartenenza. Per quanto si possa fare ricorso agli incubi nelle terapie con pazienti occidentali, per alcune culture i sogni esercitano infatti una forte influenza sulla vita della persona e racchiudono una serie di significati e valori di cui il clinico non può non tenere conto né dare per scontati. In molte culture africane i sogni sono visti infatti come forma di comunicazione con gli antenati o con le divinità e possono rappresentare una insindacabile guida in un momento di crisi (Maiello, 1999; Schreuder et al., 2001) o davanti a decisioni importanti (Edgar, 2004, 2011). Chiedere di modificare la trama di un incubo all'interno di questo sistema di valori potrebbe quindi rappresentare per la persona una manomissione rispetto a qualcosa di stabilito, come atto di disobbedienza e sovversione rispetto a piani superiori, con conseguenti sentimenti di colpa e paura. In accordo con Maiello, (1999) e Schreuder e colleghi (2001) Obasi riferisce di attribuire ai sogni una forte valenza comunicativa e spirituale; attraverso i sogni Dio comunicherebbe ciò che pensa rispetto al suo comportamento: sogni positivi in cui gli accade qualcosa di piacevole vengono vissuti dal paziente come una ricompensa, un segno di quanto la divinità sia in accordo con il suo modo di agire nel mondo reale. Al contrario, gli incubi rappresentano per il paziente una punizione o un presagio, un modo attraverso il quale Dio gli comunica disaccordo con il suo operato. Nello specifico, viene chiesto in questa fase ad Obasi in che modo pensa che gli incubi riferiti ed emersi in terapia siano collegati al suo presente e rispetto a cosa in particolare sente di dover essere punito o guidato da Dio. Emerge come in questo momento della sua vita il paziente si senta colpevole di non essere in grado di apprendere la lingua italiana e, successivamente, di cercare in maniera costante un lavoro sul territorio. Viene discussa tale difficoltà alla luce della sintomatologia post-traumatica interferente (le difficoltà di concentrazione, i disturbi del sonno, i flashback e i sintomi dissociativi) piuttosto che relativamente a un reale disinteresse o incapacità di cui il paziente si auto-accusa e per i quali attende e vede probabile una punizione divina. In quest'ottica viene dunque ristrutturato e messo in discussione il motivo supposto e sottostante all'aspettativa di una punizione e il legame tra questi incubi specifici emersi durante la terapia e il presente o futuro del paziente. Vengono

successivamente mostrati invece i parallelismi tra questi incubi e le esperienze traumatiche vissute in passato, già individuate mediante raccolta anamnestica e trattate nel corso delle fasi precedenti di terapia con specifiche tecniche espositive (EMDR e IwR). Per facilitare l'osservazione diretta di tale parallelismo si è fatto ricorso a una scheda utilizzata da Harb e colleghi (2012) e specificatamente riadattata alle esperienze traumatiche di Obasi in cui per ogni incubo vengono individuati il setting, le emozioni ed i temi centrali che sono stati utilizzati come ponte per accedere al diretto legame con le memorie traumatiche e per facilitare il paziente a visualizzarne il legame. Grazie all'insieme di questi interventi è stato possibile per Obasi comprendere come gli incubi attuali e ricorrenti parlassero più del proprio passato che del proprio futuro nel pieno rispetto della cultura di appartenenza.

La relazione terapeutica e l'alleanza creata nelle fasi precedenti della terapia hanno inoltre rappresentato senza ombra di dubbio un presupposto fondamentale per questo tipo di intervento, in quanto incluso in un setting già ampiamente percepito, grazie anche al coinvolgimento attivo e costante del mediatore culturale, come protetto e rispettoso delle proprie rispettive culture e credenze di riferimento.

Infine, in questa fase è stato condiviso con Obasi il razionale della procedura, l'obiettivo e le fasi di intervento chiedendo il consenso per l'avvio dell'intero percorso. In attesa dell'incontro successivo, sono state inoltre consegnate al paziente le istruzioni per una corretta igiene del sonno riadattandole allo specifico e precario contesto in cui accolto, caratterizzato da sovraffollamento e impossibilità di gestire in autonomia gran parte degli stimoli esterni essendo ospite in un grande centro di prima accoglienza (CAS).

- *Apprendimento.* In questa fase sono stati individuati insieme al paziente metodi e strategie per lavorare sulle proprie immagini mentali con lo scopo di "allenarlo" a svilupparne di piacevoli. Tra le strategie proposte da Krakow (2002), l'utilizzo dei sistemi percettivi si è rivelato essere per Obasi il principale strumento di costruzione delle immagini mentali (*visual sense*) insieme al *self-talk*, con il quale il paziente ha potuto allenarsi ad associare ad una parola positiva una rispettiva immagine o storia piacevole. Avendo già lavorato con Obasi nel corso della psicoterapia sulla gestione dei sintomi dissociativi nella fase di stabilizzazione della sintomatologia che ha preceduto quella espositiva, non è stato necessario fornirgli in questo momento del percorso ulteriori skills per la gestione delle immagini negative ma si è esplicitato di poter fare ricorso alle risorse già individuate e adottate in precedenza, ovvero, nello specifico: tecniche di grounding percettivo (aprire gli occhi e dirigerli intorno a sé nello spazio nominando ad alta voce, tra le cose presenti, quelle aventi un determinato colore), risorse somatiche (come stirare o premere gli arti, alzarsi e camminare nella stanza, cambiare posizione) e tecniche immaginative che permettessero al paziente di spostare la mente su immagini di contenimento (come un baule, un cassonetto, una scatola, un barattolo) in cui chiudere immediatamente l'immagine intrusiva e disturbante.
- *Selezione dell'incubo spiacevole.* Il criterio con cui si è scelto di selezionare l'incubo su cui lavorare è stata la frequenza: il paziente riferiva lo stesso incubo, con delle piccole variazioni, per almeno 4/5 notti a settimana come emerso dalla somministrazione iniziale dell'NFQ. Come consigliato dalla procedura IRT, l'incubo selezionato non rappresenta una copia esatta di uno degli eventi traumatici della vita di Obasi, ma è il riflesso delle intense emozioni a questi associati (in particolare impotenza, rabbia e paura) e si collega in maniera simbolica all'episodio traumatico del percorso migratorio con particolare riferimento al viaggio in barca dalla Libia verso l'Italia, per la presenza di dettagli uguali o simili: luogo affollato, connazionali, mancanza di respiro, impotenza, sensazione di minaccia, mancato aiuto.

- *Rievocazione dell'incubo selezionato.* A causa del limite linguistico e della difficoltà nella scrittura legata a una bassa scolarizzazione, Obasi viene invitato a raccontare l'incubo selezionato direttamente in seduta. Inizialmente, Obasi descrive il suo incubo mantenendo gli occhi ben aperti e in maniera prettamente narrativa. In questo incubo il paziente è su un pezzo di terra ferma. Fa molto caldo, l'aria è afosa e intorno al proprio corpo accovacciato sulla sabbia dorata vi è una gran confusione. Numerose sono infatti le persone, tutte connazionali, che si aggirano intorno al suo corpo e si moltiplicano diventando sempre di più e sempre più grandi nelle loro dimensioni sino ad occupare tutto lo spazio possibile di quella che pian piano appare al paziente come un'isola stracolma di gente. Improvvisamente ad Obasi manca il respiro a causa del caldo e di tutta questa gente che gli è intorno e di cui inizia a non comprendere bene le intenzioni che, progressivamente, gli sembrano malevoli. Obasi suda, prova ad urlare ma non esce la sua voce. Vorrebbe chiedere aiuto ma non può muoversi, è completamente schiacciato e all'improvviso viene afferrato da alcuni uomini che lo trascinano verso un buco nella sabbia "sono terrorizzato!" "capisco che vogliono farmi del male". La sua testa viene con forza spinta nella sabbia, attraverso questo buco che piano piano gli si stringe intorno al collo "non respiro!" sino a morire "sto morendo, non posso farci niente".
- *Rescripting dell'incubo.* Successivamente, a narrazione dell'incubo terminata, vengono individuati e discussi con il paziente i momenti di maggiore intensità emotiva dell'incubo. I vari passaggi individuati vengono analizzati mediante l'indicazione dell'emozione predominante (es. impotenza) e della sua intensità (assegnando un punteggio da 0 a 10). L'invito che fa seguito è che il paziente pensi a come modificare la trama di questi passaggi per ridurre l'intensità emotiva pensando a ciò di cui avrebbe bisogno attraverso lo stravolgimento della trama o l'introduzione di oggetti, personaggi o altro. Tutto è ammesso in questa fase, che rappresenta il cuore della procedura IRT e offre dunque al paziente la possibilità di modificare il proprio incubo in positivo, cambiandone il tema, la trama, il finale o qualsiasi altra parte possa essere utile modificare per promuoverne la stesura di un nuovo copione. In uno studio condotto da Harb e collaboratori (2012) è stato interessante osservare che tra le modifiche apportate durante la riscrittura, la maggior parte del campione analizzato (il 58%) ha creato finali alternativi, altri hanno invece adottato l'inserimento di immagini positive senza modificare il finale (23%) mentre altri ancora hanno scelto di trasformare aspetti minacciosi dell'incubo in immagini meno angoscianti (13%); inoltre, il 10% ha invece deciso di inserire dei "promemoria", ovvero riferimenti – come ad esempio oggetti – che ricordassero al paziente che stava solo sognando. Nello specifico, Obasi modifica le intenzioni degli uomini che lo afferrano nel suo incubo (da malevole in benevole) e, di conseguenza, il finale: il buco in cui viene introdotto rappresenta in realtà un passaggio che lo porta direttamente su un altro pezzo di terreno, nascosto e quindi protetto, dove può finalmente tornare a respirare e sentirsi libero insieme alla madre e alla sorella, che decide di inserire facendole corrispondere ad un reale ricordo piacevole del passato in cui rientrando a casa da una lunga giornata di lavoro le aveva viste in lontananza ad attenderlo dopo aver a lungo cucinato per celebrare insieme una festa tipica del proprio paese.
- *Rehearsal.* Obasi viene invitato a riascoltare solo ed esclusivamente la seduta di rescripting registrata per almeno 10-20 minuti al giorno preferibilmente prima di andare a dormire, finché l'incubo su cui si è lavorato non riduce notevolmente la sua frequenza.

Conclusioni

Nonostante diversi studi (Ellis et al., 2019) abbiano evidenziato come il trattamento degli incubi vada a migliorare non solo l'esito del trattamento dei pazienti con PTSD (Albanese et al., 2022) ma anche dei pazienti con altri quadri psicopatologici nella pratica clinica generale (Swart et al., 2013; Van Schagen et al., 2017), la valutazione ed il trattamento specifico degli incubi oggi rimangono rari anche nei centri clinici dedicati alla cura del sonno. Ne consegue che molti pazienti scelgono di convivere con i loro incubi perché spesso non sono a conoscenza dell'esistenza di altre opzioni o non sanno a chi rivolgersi per un trattamento specifico. Alcuni autori (Nadorff et al., 2015; Schredl, 2013; Thünker et al., 2014) hanno infatti messo in luce come meno di un terzo dei soggetti con incubi ricorrenti ritiene che i propri incubi siano curabili e come, di conseguenza, solo il 38% li ha di fatto segnalati a un operatore sanitario. In ogni caso, se è stato cercato aiuto, la maggior parte dei pazienti ha consultato medici generici (41%) o medici specialisti (38%) che possedevano però una scarsa esperienza nel trattamento del disturbo da incubo. Inoltre, da meno di un terzo a un quinto dei soggetti con incubi cronici che hanno cercato attivamente un aiuto professionale hanno riferito di aver ricevuto consigli utili. Alla luce di questi dati e del forte impatto degli incubi e della loro presenza nella psicopatologia, si rende sempre più necessario un aumento di conoscenze sull'argomento, tanto per i pazienti che ne sono affetti affinché possano cercare un aiuto specifico, tanto per i clinici che a vario titolo operano nel settore della salute mentale affinché possano offrirlo in maniera efficace.

Bibliografia

- Agargün, M. Y., Kara, H., Bilici, M., Çilli, A. S., Telci, M., Semiz, Ü. B., & Başoğlu, C. (1999). The Van Dream Anxiety Scale: A subjective measure of dream anxiety in nightmare sufferers. *Sleep and Hypnosis, 1*(4), 204–211.
- Albanese, M., Liotti, M., Cornacchia, L., & Mancini, F. (2022). Nightmare Rescripting: Using Imagery Techniques to Treat Sleep Disturbances in Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 866144. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.866144>
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 345–370. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.006>.
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*, 189–208. doi: 10.5127/jep. 024211. <https://doi.org/10.5127/jep.024211>
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 466–81. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.04.006.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A., Maganti, R. K., Ramar, K., Kristo D. A., Bista, S. R., Lamm, C. I., Morgenthaler, T. I.; Standards of Practice Committee; American Academy of Sleep Medicine. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 38*, 9–401. <https://doi.org/10.5664/jcs.27883>
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 592–597. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.101.3.592>.
- Bootzin, R. R., & Nicassio, P. M. (1978). Behavioral treatments for insomnia. In *Progress in behavior modification. Elsevier, 6*, 1-45. doi: 10.1016/B978-0-12-535606-0.50007-9
- Buckley, T. C., & Kaloupek, D. G. (2001). A meta-analytic examination of basal cardiovascular activity in posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine, 63*, 585–594. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00011>.
- Cranston, C. C., Davis, J. L., Rhudy, J. L., & Favorite, T. K. (2011). Replication and expansion of “best

- practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults”. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7, 549–553. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1330>
- Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 123–133. [https://doi.org/10.1002/\(issn\)1573-6598](https://doi.org/10.1002/(issn)1573-6598).
- Edgar, I. R. (2004). The dream will tell: Militant Muslim dreaming in the context of traditional and contemporary Islamic dream theory and practice. *Dreaming*, 14, 21–29.
- Edgar, I. R. (2011). *The dream in Islam: Form Quranic tradition to Jihadist inspiration*. New York, NY: Berghahn Books.
- Ellis, T. E., Rufino, K. A., & Nadorff, M. R. (2019). Treatment of nightmares in psychiatric inpatients with imagery rehearsal therapy: An open trial and case series. *Behavioral Sleep Medicine*, 17, 112–123. <https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1299738>.
- Esposito K., Benitez A., Barza L., Mellman T. (1999). Evaluation of dream content in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 681–7. doi: 10.1023/A:1024725319777.
- Falsetti, S.A., Monnier, J., Davis, J.L., Resnick, H.S. (2002). Intrusive thoughts in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 127–43. doi: 10.1891/jcop.16.2.127.63993.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioural psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 1, 219–226. <https://doi.org/10.3109/09540268909110412>.
- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T. D., & Koss, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14, 195. doi: 10.1037/1053-0797.14.4.195.
- Gieselmann, A., Ait Aoudia, M., Carr, M., Germain, A., Gorzka, R., Holzinger, B., ... & Pietrowsky, R. (2019). Aetiology and treatment of nightmare disorder: State of the art and future perspectives. *Journal of sleep research*, 28(4), e12820. doi: 10.1111/jsr.12820
- Hansen, K., Höfling, V., Kröner-Borowik, T., Stangier, U., & Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.012>.
- Harb, G.C., Thompson, R., Ross, R.J., Cook, J.M. (2012). Combat-related PTSD nightmares and imagery rehearsal: nightmare characteristics and relation to treatment outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 511–8. doi: 10.1002/jts.21748.
- Harvey, A. G., Jones, C., & Schmidt, D. A. (2003). Sleep and posttraumatic stress disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 377– 401. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00032-1](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00032-1).
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.507.
- Horowitz, M.J. (1983). *Formazione dell'immagine e psicoterapia*. New York, NY: Aronson.
- Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B., & Pathak, D. (1992). Changes in chronic nightmares after one session of desensitization or rehearsal instructions. *American Journal of Psychiatry*, 149, 659–663.
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 35–48. <https://doi.org/10.1037/a0015128>.
- Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming*, 11, 43–52. <https://doi.org/10.1023/a:1009468517557>.
- Koren, D., Arnon, I., Lavie, P., Klein, E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 159, 855–7. doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.855.
- Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, C. L., & Cheng, D. T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 175–190. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00093-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00093-2).
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45– 70. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0401_4.
- Krakow, B., Lowry, C., Germain, A., Gaddy, L., Hollifield, M., Koss, M., ... Melendrez, D. (2000). A

- retrospective study on improvements in nightmares and post-traumatic stress disorder following treatment for co-morbid sleep-disordered breathing. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 291–298. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(00\)00147-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00147-1).
- Krakow B. (2004). Imagery rehearsal therapy for chronic posttraumatic nightmares: a mind's eye view. In: Rosner IR, Lyddon WJ, Freeman A, editor. *Cognitive Therapy and Dreams*. New York, NY: Springer. p. 89–109.
- Kunze, A. E., Arntz, A., Morina, N., Kindt, M., & Lancee, J. (2017). Efficacy of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: A randomized wait-list controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 97, 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.005>.
- Lancee, J., Van Den Bout, J., & Spoormaker, V. (2010). Expanding self-help imagery rehearsal therapy for nightmares with sleep hygiene and lucid dreaming: A waiting-list controlled trial. *International Journal of Dream Research*, 3, 111–120.
- Long, M.E., Quevillon, R. (2009). Imagery rescripting in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 67–76. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.67.
- Maiello, S. (1999). Encounter with an African healer: Thinking about the possibilities and limits of cross-cultural psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 25, 217–238. <http://dx.doi.org/10.1080/00754179908260291>.
- Mellman, T.A., David, D., Bustamante, V., Torres, J., Fins, A. (2001). Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 241–7. doi: 10.1023/A:1007812321136.
- Miller, W., & Dipalato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 870–877. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.6.870>.
- Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, K., ... Kartje, R. (2018). Position paper for the treatment of nightmare disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine position paper. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14, 1041–1055. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7178>.
- Nadorff, M. R., Nadorff, D. K., & Germain, A. (2015). Nightmares: Under-reported, undetected, and therefore untreated. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11, 747–750.
- Neidhardt, E. J., Krakow, B., Kellner, R., & Pathak, D. (1992). The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*, 15, 470–473.
- Nielsen, T. (2017a). The stress acceleration hypothesis of nightmares. *Frontiers in Neurology*, 8, 201. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00201>.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>.
- Phelps, A. J., Kanaan, R. A. A., Worsnop, C., Redston, S., Ralph, N., & Forbes, D. (2018). An ambulatory PSG study of the posttraumatic nightmares of posttraumatic stress disorder. *Sleep*, 41, zsx188. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx188>.
- Pillar, G., Malhotra, A., Lavie, P. (2000). Post-traumatic stress disorder and sleep - what a nightmare!. *Sleep Medicine Reviews*, 4, 183–200. doi: 10.1053/smr.1999.0095.
- Pole, N. (2007). The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133, 725–746. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.725>.
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Voderholzer, U., Perlis, M., & Nissen, C. (2010). The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.04.002>.
- Robert, G., & Zadra, A. L. (2014). Thematic and content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep*, 37, 409–417. <https://doi.org/10.5665/sleep.3426>.
- Rousseau, A., Belleville, G. (2018). The mechanisms of action underlying the efficacy of psychological nightmare treatments: a systematic review and thematic analysis of discussed hypotheses. *Sleep Medicine Reviews*, 39, 122–33. doi: 10.1016/j.smr.2017.08.004.
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209–218.

- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011) *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing, Cambridge MA.
- Schreuder, B. J., Igraja, V., van Dijk, J., & Kleijn, W. (2001). Intrusive re-experiencing of chronic strife of war. *Advance in Psychiatric Treatment*, 7, 102–108. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.7.2.102>.
- Schlarb, A. A., Zschoche, M., & Schredl, M. (2016). The Nightmare Effects Questionnaire (NEQ). A pilot study on the first psychometric characteristics among adolescents and young adults. *Somnologie*, 20, 251–257. <https://doi.org/10.1007/s11818-016-0086-0>.
- Schredl, M., Berres, S., Klingauf, A., Schellhaas, S., & Göritz, A. S. (2010). The Mannheim Dream Questionnaire (MADRE): Retest reliability, age and gender effects. *International Journal of Dream Research*, 7, 141–147.
- Schredl, M. (2013). Seeking professional help for nightmares: A representative study. *The European Journal of Psychiatry*, 27, 259–264. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632013000400004>.
- Schreuder, B.J., Kleijn, W.C., Rooijmans, H.G. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 453–63. doi: 10.1023/A:1007733324351.
- Swart, M. L., Van Schagen, A. M., Lancee, J., & Van Den Bout, J. (2013). Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 267–268. <https://doi.org/10.1159/000343590>.
- Thünker, J., Norpoth, M., Von Aspern, M., Özcan, T., & Pietrowsky, R. (2014). Nightmares: Knowledge and attitudes in health care providers and nightmare sufferers. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 6, 223–228.
- Van Schagen, A. M., Lancee, J., Swart, M., Spoormaker, V. I., & Van Den Bout, J. (2017). Nightmare disorder, psychopathology levels, and coping in a diverse psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 65–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.22315>.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr, P. (2013) The PTSD checklist for DSM-5 (PCL5). Scale available from the National Center for PTSD at: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adultsr/ptsd-checklist.asp>.
- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D.M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behavior Therapy*, 39, 47–56. doi: 10.1016/j.beth.2007.04.003.
- Witvliet, C. (1997). Traumatic intrusive imagery as an emotional memory phenomenon: a review of research and explanatory information processing theories. *Clinical Psychology Reviews*, 17, 509–36. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00025-1.