

Davide Coradeschi e Alessandra Devoto (a cura di)

# INSONNIA

Strumenti di valutazione psicologica



QUADERNI DI  
PSICOTERAPIA COGNITIVA  
E COMPORTAMENTALE  
diretti da Ezio Sanavio



**Erickson**

# INSONNIA

Strumenti di valutazione psicologica

L'insonnia è un disturbo molto diffuso e, nonostante in alcuni casi possa trattarsi di un problema transitorio connesso con eventi di vita stressanti, in altri può assumere una connotazione cronica e invalidante, comportando gravi ripercussioni sul funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo. Poiché le sue cause possono risultare di diversa natura, spesso si assiste a scorrette concettualizzazioni del disturbo seguite da trattamenti inefficaci e con conseguenze iatrogene. Per tali ragioni una valutazione approfondita della sua entità e dei diversi fattori causali è fondamentale per avviare un trattamento razionale e appropriato.

Il presente volume raccoglie i principali strumenti per la valutazione psicologica del paziente insonne, per indirizzare il clinico verso una corretta diagnosi differenziale e guidarlo in un processo di assessment cognitivo-comportamentale. Si tratta di questionari, interviste e diari di comprovata utilità ed efficacia, che il professionista potrà facilmente utilizzare, sia per scopi clinici che di ricerca, grazie alla presenza di dettagliate informazioni sulla somministrazione, elaborazione e interpretazione dei risultati.

• Il Questionario sui disturbi del sonno • Insomnia Severity Index • Intervista semistrutturata sull'insonnia • Diario del sonno integrato • La registrazione actigrafica • Pre-sleep Cognitive Intrusions Inventory • Arousalability Predisposition Scale • Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire • Morningness-Eveningness Questionnaire • Epworth Sleepiness Scale

ISBN 978-88-590-0076-1



€ 21,00

# INDICE

- 7 INTRODUZIONE (Alessandra Devoto e Davide Coradeschi)
- 13 CAPITOLO PRIMO  
Il Questionario sui disturbi del sonno  
*(Chiara Baglioni e Cristiano Violani)*
- 23 CAPITOLO SECONDO  
Insomnia Severity Index  
*(Gemma Battagliese e Caterina Lombardo)*
- 33 CAPITOLO TERZO  
Intervista semistrutturata sull'insonnia  
*(Alessandra Devoto e Caterina Lombardo)*
- 57 CAPITOLO QUARTO  
Diario del sonno integrato  
*(Davide Coradeschi, Alessandra Devoto, Ezio Sanavio e Cristiano Violani)*
- 71 CAPITOLO QUINTO  
La registrazione actigrafica  
*(Giuliano De Min Tona)*
- 79 CAPITOLO SESTO  
Pre-sleep Cognitive Intrusions Inventory  
*(Ezio Sanavio)*
- 93 CAPITOLO SETTIMO  
Arousability Predisposition Scale  
*(Luca Iani, Chiara Baglioni e Gemma Battagliese)*
- 101 CAPITOLO OTTAVO  
Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire  
*(Davide Coradeschi)*
- 113 CAPITOLO NONO  
Morningness-Eveningness Questionnaire  
*(Luca Mallia, Caterina Grano e Fabio Lucidi)*
- 125 CAPITOLO DECIMO  
Epworth Sleepiness Scale  
*(Caterina Grano, Luca Mallia e Fabio Lucidi)*

# Introduzione

Un terzo della popolazione adulta riferisce transitori problemi d'insonnia e una percentuale compresa tra il 10% e il 15% ne soffre in forma cronica. La prevalenza è maggiore nelle donne rispetto agli uomini e raggiunge il 20% negli individui con più di 60 anni, salendo ulteriormente nella popolazione anziana affetta da problemi medici o psicologici.

L'insonnia è tipicamente caratterizzata da difficoltà di addormentamento, da risvegli notturni frequenti, da risveglio anticipato al mattino o, più spesso, da una combinazione di queste difficoltà di sonno presenti con una frequenza di tre o più notti a settimana. Le correnti classificazioni dei disturbi del sonno (APA, 2001; AASM, 2005) prevedono che, per effettuare diagnosi di insonnia cronica, il disturbo abbia una durata di almeno un mese (in caso contrario, si parla di insonnia transitoria o acuta), e provochi nell'individuo disagio significativo e difficoltà nel funzionamento socio-lavorativo a causa delle conseguenze diurne negative della scarsa qualità del sonno (difficoltà di concentrazione, mancanza di energia, irritabilità, ecc.).

Diversi dati (si veda Drake, Rohers e Roth, 2003) indicano che gli individui insonni che non ricevono trattamento presentano un incremento della vulnerabilità per lo sviluppo di disturbi psicologici (ad esempio, disagio ansioso-depressivo), un aumento degli incidenti sul lavoro e dell'assenteismo e una generale riduzione della qualità della vita. Negli anziani con difficoltà cognitive, il mancato intervento sul problema di sonno è associato a una più rapida istituzionalizzazione. Anche i costi dell'insonnia in termini di diminuzione della produttività e aumento degli incidenti sono stimati come molto elevati da diversi studi (si veda Léger e Bayon, 2010).

Nonostante gli ingenti costi individuali e sociali dell'insonnia cronica, i dati indicano che meno della metà degli insonni riferisce di ricorrere a un clinico. Dalle indagini nazionali che hanno coinvolto numerosi Centri di medicina del sonno, oltre 500 medici generici e più di 10.000 pazienti, è emerso che una bassa percentuale di pazienti insonni è in trattamento e che circa l'8% si affida a rimedi alternativi e ad automedicazioni (si veda Terzano et al., 2006). Coloro che richiedono aiuto per problemi d'insonnia vengono abitualmente indirizzati a una terapia farmacologica, in genere a base di benzodiazepine, sebbene il loro utilizzo

sia considerato indicato solo per le insonnie acute o transitorie (si veda National Institutes of Health, 2005). La maggior parte dei pazienti presenta una scarsa conoscenza delle opzioni terapeutiche esistenti per il trattamento dell'insonnia e molti di loro si affidano all'alcol o a una serie di altri rimedi di non provata efficacia, sebbene l'intervento psicologico e non farmacologico si sia rivelato utile nel trattamento dell'insonnia cronica o persistente.

I primi risultati sistematici sull'efficacia degli interventi psicologici risalgono agli anni Novanta. In due classiche meta-analisi (Morin, Culbert e Schwartz, 1994; Murtagh e Greenwood, 1995), basate su oltre 50 studi per un totale di più di 2000 pazienti, è stata in particolare dimostrata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia cronica negli adulti. Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo (*Cognitive Behavioural Treatment* – CBT, secondo la terminologia anglosassone) si basa su un intervento psicologico multicomponentiale, in cui si combinano varie tecniche (controllo degli stimoli, restrizione del sonno, igiene del sonno, tecniche di rilassamento, terapia cognitiva) che mirano ad affrontare l'insieme dei fattori cognitivi e comportamentali che mantengono l'insonnia nel tempo. Gli studi sull'efficacia della CBT per l'insonnia si sono moltiplicati nel corso degli anni incrementando le evidenze a favore della sua efficacia per la cura del disturbo (si vedano Morin et al., 2006; Edinger et al., 2009; Siebern e Manber, 2010; Morin e Benca, 2012). Nonostante ciò, l'insonnia è ancora oggi «trascurata» da clinici e pazienti. Sono state considerate varie ragioni che possono spiegare tale fenomeno: la rappresentazione dell'insonnia da parte dei pazienti come una caratteristica individuale, quindi sostanzialmente imm modificabile e a cui adattarsi, la mancanza di conoscenza personale sulle opzioni terapeutiche, l'assenza di copertura assicurativa per i trattamenti psicologici nella cura del disturbo del sonno, le scarse conoscenze specialistiche e disponibilità di tempo da parte dei clinici per valutare e trattare adeguatamente un disturbo del sonno dai confini diagnostici spesso labili e complessi da inquadrare. In ogni caso, l'evidente squilibrio fra potenziale domanda di diagnosi e trattamento degli insonni e l'insieme delle risorse professionali, conoscitive e temporali a disposizione per la cura dell'insonnia ci appare un elemento fondamentale che speriamo di poter in parte colmare con gli ausili per la valutazione psicologica proposti in questo testo.

*Insomnia* si propone appunto come strumento agile e pragmatico per tutti gli psicologi clinici e della salute e i professionisti in campo sanitario interessati a una valutazione approfondita e in linea con le procedure standard proposte dalla letteratura scientifica per la diagnosi del disturbo di insonnia.

Una valutazione adeguata è centrale in qualsiasi problema clinico affrontato efficacemente ma diviene fondamentale nell'insonnia che, come e più di altri disturbi «psicologici e somatici», associati a emozioni, comportamenti, cognizio-

ni disfunzionali e altri problemi di salute, presenta una notevole complessità di inquadramento diagnostico; è inoltre ovvio che una valutazione appropriata della sua origine, evoluzione e importanza nonché dei fattori che contribuiscono a mantenerla nel tempo è molto importante, in generale, per programmare l'intervento di cura più razionale ed efficace e, in particolare, per adattare l'eventuale CBT per l'insonnia alle esigenze del caso.

In sintesi, in questo ambito vi è la necessità di un adeguato processo di diagnosi differenziale e di assessment cognitivo-comportamentale. Ciò per due motivi: il primo è legato all'evidenza per la quale l'insonnia può caratterizzarsi come un sintomo associato a numerose condizioni mediche (ad esempio, ipertiroidismo) e psicologiche (ad esempio, sintomi di depressione o ansia generalizzata), configurarsi come un vero e proprio disturbo a sé stante, o ancora esordire nel contesto di un disturbo mentale per poi assumere una sua connotazione specifica; è il caso, ad esempio, di un individuo che abbia iniziato a soffrire d'insonnia nel contesto di un episodio depressivo e continui a soffrirne anche dopo la risoluzione di quest'ultimo, a causa di comportamenti e atteggiamenti appresi durante la malattia. Il secondo motivo che supporta la necessità di un puntuale percorso di assessment è connesso alla multidimensionalità dei fattori coinvolti nel mantenimento dell'insonnia; perciò, anche qualora si sia giunti a una diagnosi del problema di insonnia senza altri disturbi di ordine medico o psicologico associati, la valutazione dovrà prendere in considerazione i numerosi fattori cognitivi (ad esempio, atteggiamenti e pensieri disfunzionali sul sonno) e comportamentali (ad esempio, «cattiva» igiene del sonno e irregolarità degli orari) per permettere una corretta ed efficace impostazione della terapia. In tal senso risulta indispensabile disporre di strumenti diagnostici e di assessment validi e affidabili che aiutino lo psicologo clinico o l'operatore sanitario a integrare le informazioni e gli indici più rilevanti durante il processo valutativo per inquadrare ogni specifico caso di insonnia.

Il presente volume si è prefisso lo scopo di fornire una descrizione di alcuni dei principali questionari, interviste e schede di automonitoraggio impiegati comunemente dagli esperti nella valutazione dell'insonnia. Ovviamente, data la finitezza di un testo, si è imposta una scelta tra gli strumenti di valutazione disponibili in letteratura, in alcuni casi anche escludendo quelli in ambito sonnologico o psicologico già molto noti e magari proposti altrove. Tra questi ultimi, in particolare, non sono stati inclusi tutti i test specialistici, ben noti agli psicologi clinici, d'ausilio per la valutazione psicologica dei tratti e delle caratteristiche della personalità o dei sintomi di disturbi psicologici (ad esempio, ansia, depressione) che naturalmente sono sempre utilizzabili in ambito clinico e utili comunque per l'assessment psicologico delle insonnie. Inoltre, abbiamo cercato di dare agli strumenti proposti un ordine, per così dire, «di comparsa»,

secondo i criteri dell'approfondimento progressivo della valutazione del disturbo di sonno e della centralità dello strumento per la valutazione clinica del disturbo di insonnia. Operando in tal senso, nel primo e nel secondo capitolo sono proposti due strumenti di screening come il *Questionario sui disturbi del sonno*, descritto da Baglioni e Violani e dell'insonnia come l'*Insomnia Severity Index*, curato da Battagliese e Lombardo; si tratta di brevi e semplici questionari, utilizzabili anche in contesti non specialistici ma utili per una prima valutazione del disturbo del sonno secondo i criteri diagnostici correnti. Nel terzo e nel quarto capitolo sono descritti due strumenti fondamentali per la valutazione diagnostica dell'insonnia in ambito specialistico: l'*Intervista semistrutturata sull'insonnia*, curata da Devoto e Lombardo e il *Diario del sonno integrato*, descritto da Coradeschi, Devoto, Sanavio e Violani, dai quali non è possibile prescindere per l'analisi della natura e della gravità del fenomeno. Nel quinto capitolo è presentata da De Min Tona una metodica di valutazione obiettiva del ciclo sonno-veglia, la *registrazione actigrafica*, che può rivelarsi efficace come misura concorrente in alcuni casi specifici di insonnia e disturbi del ritmo associati. Nel sesto, settimo e ottavo capitolo sono proposti tre questionari di comprovata validità e attendibilità: il *Pre-Sleep Cognitive Intrusions Inventory*, descritto da Sanavio, l'*Arousalability Predisposition Scale*, curato da Iani, Baglioni e Battagliese e il *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire*, descritto da Coradeschi, i quali riguardano rispettivamente la valutazione dei pensieri, della reattività agli stimoli e delle cognizioni sul sonno, che costituiscono dei fattori cruciali nella predisposizione e nel mantenimento dell'insonnia. Infine, nel nono e nel decimo capitolo sono presentati due questionari utili per la valutazione rispettivamente della tipologia circadiana e della sonnolenza diurna: il *Morningness-Eveningness Questionnaire*, presentato da Mallia, Grano e Lucidi e la *Epworth Sleepiness Scale*, descritta da Grano, Mallia e Lucidi; tali strumenti risultano di comprovata utilità nella ricerca e nell'intervento clinico e aiutano lo specialista a inquadrare i sintomi dell'insonnia in relazione ad altre importanti variabili inerenti la clinica del sonno.

Di ognuno degli strumenti descritti si forniscono al lettore: informazioni introduttive circa il suo sviluppo, modalità di somministrazione, calcolo e interpretazione dei punteggi, oltre alle caratteristiche psicometriche che ne legittimano e guidano l'utilizzo. La maggior parte dei contributi si conclude con il testo del questionario/test cui fa riferimento, presentato in forma fotocopiabile per una rapida e agevole compilazione.

Ci auguriamo pertanto che il volume possa essere di utilità e ausilio per la valutazione psicologica dell'insonnia e ringraziamo infinitamente tutti i colleghi che hanno partecipato alla validazione degli strumenti, agli studi e alla stesura

di ogni contributo presente nel testo, senza la cui competenza, disponibilità e professionalità esso non sarebbe mai stato scritto.

*Alessandra Devoto e Davide Coradeschi*

## Bibliografia

- AASM – American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International Classification of Sleep Disorders-2*. AASM.
- APA – American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington: APA.
- Drake, C.L., Roehrs, T., & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depression and Anxiety*, 18, 163-76.
- Edinger, J.D., Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Means, M.K., Lineberger, M.D., Kirby, A., & Carney, C.E. (2009). Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: A randomized clinical trial. *Sleep*, 32, 499-510.
- Léger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medical Review*, 14, 379-89.
- Morin, C.M., & Benca, R. (2012). Cronica insomnia. *Lancet*, 24, 1129-1141.
- Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., & Lichstein, K.L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1988-2004). *Sleep*, 29, 1398-1414.
- Morin, C.M., Culbert, J., & Shwartz, S. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- Murtagh, D.R., & Greenwood, K.M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79-89.
- National Institutes of Health (2005). National Institutes of Health state of science conference statement. Manifestation and management of chronic insomnia in adult. *Sleep*, 28, 1049-1057.
- Siebern, A.T., & Manber, R. (2010). Insomnia and its effective non-pharmacologic treatment. *Medical Clinics of North America*, 94, 581-591.
- Terzano, M.G., Cirignotta, F., Mondini, S., Ferini-Strambi, L., & Parrino, L. (2006). Studio Morfeo 2: Survey on the management of insomnia by Italian general practitioners. *Sleep Medicine*, 7, 599-606.

# Il Questionario sui disturbi del sonno

---

Chiara Baglioni<sup>a</sup> e Cristiano Violani<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia, Università di Friburgo

<sup>b</sup> Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

---

## Introduzione

La necessità di trattare l'insonnia come diagnosi indipendente e come disturbo altamente prevalente nella popolazione generale, associato a numerose conseguenze negative per la salute e per diverse aree di funzionamento dell'individuo (lavoro, relazioni sociali, ecc.), è stata evidenziata sia da numerosi sperimentazioni scientifiche che da consensus report (si veda ad esempio NIH, 2005). Tuttavia è noto che ad oggi solo un quarto delle persone con insonnia si rivolge a un professionista per un aiuto, in gran parte perché le strutture sanitarie non dispongono di strumenti adeguati per il riconoscimento di questo disturbo, ma anche perché l'insonnia viene spesso diagnosticata come sintomo secondario di qualcos'altro, che sia un disturbo psichiatrico o un disturbo medico o una situazione generale di stress e debilitazione fisica. Secondo questo punto di vista, una volta che il problema primario viene curato, anche i problemi di sonno scompaiono. Al contrario, l'esperienza clinica e la ricerca scientifica hanno mostrato che in generale questo non accade e che l'insonnia è un disturbo indipendente con sintomi definiti e specifici per il quale esistono trattamenti riconosciuti la cui efficacia è stata rilevata da numerose rassegne e meta-analisi (si vedano ad esempio Morin et al., 1994; Murthag e Greenwood, 1995; Riemann e Perlis, 2009). Si deve inoltre sottolineare che il trattamento precoce dell'insonnia sembra essere efficace anche nei casi di comorbidità con altri disturbi psichiatrici e/o medici (Edinger et al., 2009) e di conseguenza la diffusione di metodi e di strumenti in ambito di prevenzione primaria, che aiutino il clinico a identificare i casi in cui un trattamento potrebbe essere necessario, risulta essere un tema urgente e importante.

In un contesto quale quello tipico dello studio di un medico di base c'è la necessità di disporre di strumenti di facile e rapido uso che permettano di interpretare velocemente, senza richiedere competenze specifiche, i sintomi che ven-

gono presentati. Brevi strumenti di screening sono ampiamente usati nella ricerca sull'insonnia; tra questi, due dei questionari più diffusi sono il *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse et al., 1988) e l'*Insomnia Severity Index* (ISI) (Morin, 1993; Bastien et al., 2001; si veda il capitolo secondo). Entrambi permettono di individuare rapidamente la presenza dei sintomi notturni e diurni del disturbo di insonnia, tuttavia, come altri questionari, hanno il limite di non prevedere una valutazione «self-report» dell'insonnia che segua i criteri di durata e frequenza previsti dalle principali classificazioni dei disturbi del sonno (DSM-IV, APA, 2002; ICSD-2, ASDA, 2005): 1) l'individuo deve lamentare il disturbo di insonnia da almeno 1 mese; 2) i sintomi notturni devono presentarsi con frequenza di almeno 2-3 volte a settimana. La possibilità di fare riferimento a dei criteri quantitativi è importante per poter prendere una decisione rispetto alla possibilità di inviare un paziente da uno specialista del sonno o meno. L'insonnia è infatti un disturbo eterogeneo che presenta diverse forme le quali richiedono differenti modalità di assistenza sanitaria. Ad esempio, l'esperienza di periodi di sonno disturbato è comune a molte persone, tuttavia spesso la fase acuta si risolve in breve tempo da sola (meno di un mese) e in questo caso indicare al paziente una visita specialistica potrebbe comportare addirittura degli effetti indesiderati, in quanto si andrebbe ad aumentare la preoccupazione dell'individuo circa i sintomi di sonno, favorendo lo sviluppo di fattori di mantenimento dei sintomi e il consolidamento del disturbo. Un'eccessiva attenzione ai sintomi di sonno disturbato e alle loro possibili conseguenze sulle attività diurne è stata infatti indicata come fattore di mantenimento del disturbo di insonnia (si veda Spiegelhalter et al., 2010). Dall'altra parte, un paziente che presenta sintomi di sonno alterato da un periodo prolungato, ma dilazionato nel tempo, ad esempio una volta alla settimana o meno, potrebbe non necessitare di un trattamento completo che comporta possibili controindicazioni, come per la terapia farmacologica, o costi in termini di tempo, come per la terapia psicologica. In questi casi il paziente potrebbe beneficiare di trattamenti auto-aiuto, attraverso brochure o internet, che iniziano ad essere accessibili anche per il disturbo di insonnia.

Il Questionario sui disturbi del sonno (QDS) (Violani, Devoto, Lucidi, Lombardo e Russo, 2004) si basa su una esplicita definizione di insonnia in accordo con i criteri diagnostici combinati del DSM-IV (APA, 2002), ICSD-2 (ASDA, 2005) e con i criteri quantitativi indicati da consensus report (Lichstein et al., 2003). Questo strumento permette di individuare rapidamente casi che potrebbero presentare condizioni di insonnia clinicamente rilevante e consente inoltre di valutare la possibile presenza di altri disturbi del sonno che richiedano ulteriori accertamenti in strutture specialistiche (attraverso ad esempio la registrazione polisonnografica). Il QDS è stato sviluppato e validato da Violani e collaboratori

sulla base di un precedente questionario tedesco (Schramm et al., 1993) e considera aspetti necessari per fornire una prima diagnosi, come la durata, la frequenza e la gravità dei sintomi, così come considera l'impatto dei sintomi notturni sul funzionamento diurno dell'individuo (sintomi diurni).

## **Modalità di somministrazione**

Il QDS è un breve strumento di autovalutazione che viene presentato al rispondente come questionario «per valutare se attualmente Lei ha un problema di sonno di cui sarebbe bene parlare con il suo medico o con uno specialista». È uno strumento di facile e rapida compilazione che comprende 26 domande. Il primo gruppo di domande (dalla 1 alla 10) chiede al rispondente di valutare se ha avuto qualche disturbo del sonno nell'ultimo mese (risposta sì/no): le prime quattro riguardano i disturbi sonno-correlati dell'insonnia (in ordine, difficoltà di inizio del sonno, difficoltà di mantenimento del sonno, risveglio precoce e sonno non ristoratore); le successive valutano la presenza di eccessiva sonnolenza diurna (domande 5-7), e altre domande considerano apnea (domanda 8), incubi (domanda 9), problemi motori (domanda 10). Un successivo gruppo di domande (dalla 11 alla 18) indaga su durata (da oltre 6 mesi; da 1 a 6 mesi; da meno di 1 mese) e frequenza (più di 3 giorni a settimana; 2-3 giorni a settimana; nel mese, solo per qualche giorno) dei sintomi notturni e sulle conseguenze diurne del problema riferito. Un disturbo di insonnia clinicamente rilevante, infatti, dovrebbe presentare le seguenti caratteristiche: 1) presentarsi per almeno 2-3 volte a settimana; 2) durare per almeno 1 mese; 3) presentare dei sintomi diurni significativi e rilevanti.

Le ulteriori domande (dalla 19 alla 26) valutano la possibile presenza di russamento frequente e rilevante, le abitudini comportamentali relative agli orari della giornata dedicati al sonno, l'insoddisfazione sulla qualità di sonno e la presenza di eventuali eventi nell'ultimo anno che possano spiegare il disturbo.

## **Istruzioni per il calcolo del punteggio**

Il QDS permette di effettuare una prima valutazione clinicamente rilevante della presenza di insonnia e di identificare la possibile presenza di altri disturbi del sonno e/o un'eccessiva sonnolenza che potrebbero richiedere ulteriori accertamenti in centri specializzati. La valutazione del questionario non si basa sul semplice calcolo di un punteggio, ma sulla classificazione dei sintomi riportati dal rispondente in tre principali categorie:

1. presenza di disturbi di inizio e di mantenimento del sonno (DIMS);

## Insonnia

2. presenza di eccessiva sonnolenza diurna (ESD);
3. presenza di altri problemi di sonno, come apnea, incubi, parasonnie o problemi motori.

Per l'insieme di domande cruciali relative a frequenza, intensità e conseguenze diurne, la valutazione delle risposte al questionario assume che i problemi di sonno siano lamentati in forma gerarchica, considerando che il problema di sonno riportato con maggiore frequenza sia l'insonnia, seguito da eccessiva sonnolenza diurna e parasonnie. Si assume che le valutazioni si riferiscano al problema predominante e che questo sia l'insonnia, nel caso venga data risposta positiva a una delle prime tre domande e anche ad altre domande successive. Nel caso venga data risposta negativa alle prime tre domande e positiva alle domande 5-7, ciò è indicativo di una possibile presenza di eccessiva sonnolenza diurna. Una risposta positiva alla domanda 8 o alle domande 9 e 10 (unita a risposte negative alle domande 1-3 e/o alle domande 5-7) indica una possibile presenza, rispettivamente, di problemi respiratori nel sonno o di parasonnie da investigare con ulteriori approfondimenti. Eventuali risposte positive alla domanda 8 o alle domande 9 e 10 (unite a risposte positive alle domande 1-3 e/o alle domande 5-7) sono considerate segno di un disturbo concomitante. La domanda 4 (sonno non ristoratore) non influisce sulla valutazione delle risposte al questionario, ma aggiunge informazioni sulla qualità del sonno del rispondente, così come al fine della valutazione non viene considerato il russamento. Allo stesso modo, le domande 19-26 non influiscono sull'interpretazione delle risposte, ma forniscono delle informazioni utili al clinico per formulare una prima decisione sul possibile invio o meno del paziente a centri specializzati.

## Interpretazione dei punteggi

Rispetto al disturbo di insonnia, il QDS permette di classificare i sintomi riportati dai rispondenti in cinque categorie:

- a) i *normodormienti*: le persone con un sonno di buona qualità, ovvero coloro che rispondono sempre «no» dalla prima alla decima domanda;
- b) i *sottocriterio di tipo 1*: le persone che lamentano sintomi di insonnia (domande 1-3), ma con durata e frequenza al di sotto dei valori considerati clinicamente rilevanti e che non riportano sintomi diurni associati con il problema di sonno;
- c) i *sottocriterio di tipo 2*: le persone che lamentano sintomi di insonnia con associati sintomi diurni, ma con durata e frequenza al di sotto dei valori considerati clinicamente rilevanti;

- d) *il sottocriterio di tipo 3*: le persone che riportano sintomi di insonnia di durata e frequenza clinicamente rilevante, ma che non lamentano sintomi diurni associati;
- e) *le persone con insonnia clinicamente rilevante*: che lamentano sintomi di insonnia con associati sintomi diurni di durata e frequenza clinicamente rilevanti.

La possibilità di individuare tre diversi sottocriteri relativi al disturbo di insonnia sulla base dei sintomi riferiti ha importanti implicazioni cliniche. Ad esempio, una persona anziana può essere facilmente classificata come sottocriterio di tipo 3 (sintomi di insonnia di durata e frequenza clinicamente rilevante, senza sintomi diurni associati), tuttavia i sintomi notturni potrebbero essere associati ai cambiamenti dovuti all'età, di conseguenza in questa fascia anagrafica la presenza o meno di sintomi diurni può essere un indicatore clinico di fondamentale importanza. Una persona più giovane che rientra nella stessa categoria potrebbe invece beneficiare di alcune informazioni su come operano i processi di sonno e quali comportamenti ne favoriscano o ne ostacolino il normale funzionamento. Una persona che invece rientra nel sottocriterio di tipo 1 (sintomi di insonnia con durata e frequenza al di sotto dei criteri considerati clinicamente rilevanti senza sintomi diurni associati) può essere considerata di bassa rilevanza clinica e non necessitare di alcun supporto né clinico né informativo. Infine, una persona che rientra nel sottocriterio di tipo 2 (sintomi di insonnia con durata e frequenza al di sotto dei criteri considerati clinicamente rilevanti con sintomi diurni associati) potrebbe essere più a rischio di sviluppare un disturbo di insonnia cronica e beneficiare di interventi a basso costo, come booklet informativi o brevi programmi di prevenzione disponibili on line. I casi che risultano clinicamente rilevanti rispetto al disturbo di insonnia dovrebbero essere inviati a professionisti e/o centri specializzati che possano accertarne la gravità e conseguentemente individuare il trattamento più adeguato (farmacologico, psicologico o entrambi).

Come già detto, le domande sulle abitudini di sonno, il livello di soddisfazione sulla qualità di sonno e la presenza di eventuali eventi successi nell'ultimo anno che possano spiegare i disturbi del sonno aiutano il clinico ad avere una prima idea più precisa del disturbo lamentato dal paziente. Ad esempio, una persona che riporta numerosi sonnellini diurni potrebbe mettere in atto dei comportamenti sistematici che interferiscono con il normale funzionamento dei processi di sonno. D'altro canto, il caso di una persona il cui QDS rileva un problema di insonnia clinicamente rilevante, ma che riporta di aver avuto un figlio da meno di un anno, assume ovviamente un significato clinico tutto diverso rispetto a un caso di disturbo cronico di insonnia.

Quando si utilizza il QDS in ambiti clinici deve essere tenuto in considerazione che lo strumento è utile solo per un primo screening, infatti esso può attribuire erroneamente ai sintomi di insonnia caratteristiche di frequenza e durata riferite in

realtà ad altro disturbo del sonno. Inoltre è da aggiungere che esso non permette di identificare la possibile comorbidità con altri disturbi psichiatrici.

### Caratteristiche psicometriche

Due studi, uno riguardante pazienti di medici di base e l'altro studenti universitari, sono stati condotti per valutare la validità del QDS come strumento di screening del disturbo di insonnia (Violani et al., 2004). Il primo ha valutato in un campione di pazienti selezionati in sei studi di medici di base di Roma la validità convergente del questionario rispetto al punteggio globale del *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse et al., 1988). I pazienti, contattati nelle sale di attesa, hanno compilato entrambi i questionari in ordine casuale. In totale, si sono analizzati i questionari compilati da 741 soggetti (523 F; 218 M). I sintomi riportati al QDS sono stati classificati nelle tre categorie: persone normodormienti; persone con sintomi sottocriterio; persone con insonnia clinicamente rilevante. Parallelamente, il punteggio al PSQI è stato classificato in due categorie sulla base delle indicazioni riportate dagli autori (Buysse et al., 1988): normodormienti (punteggio inferiore a 5); cattivi dormitori (punteggio superiore a 5). Una prima analisi ha valutato il punteggio al PSQI come variabile dipendente e le categorie al QDS come variabile indipendente in un'analisi della varianza a una via, mostrando un risultato statisticamente significativo. Una seconda analisi ha valutato il grado di accordo tra le due classificazioni mostrando nuovamente un risultato significativo.

Il secondo studio ha valutato in un campione di studenti universitari la sensibilità e la specificità del QDS nel distinguere le persone che riportano un sonno di buona qualità dai casi di insonnia probabilmente rilevanti a livello clinico e dai casi di insonnia saltuaria o che non raggiungono una gravità clinica. Il questionario è stato distribuito all'interno di un programma di consulenza per il disturbo di insonnia per studenti universitari, il quale prevedeva una prima intervista clinica semistrutturata sui disturbi del sonno e la compilazione di un diario del sonno nelle due settimane successive all'intervista, ogni mattina entro 30 minuti dall'ultimo risveglio. Nella fase di screening i partecipanti hanno compilato il QDS e a coloro che venivano classificati come insonni (N = 40) veniva offerta la possibilità di ricevere una valutazione approfondita del loro sonno e una consulenza sul problema di insonnia.

Ventidue partecipanti classificati nel gruppo «buoni dormitori» sono stati considerati in questo secondo studio come gruppo di controllo. Le persone che all'intervista clinica riportavano una o più difficoltà di sonno, quali una difficoltà di addormentamento di almeno 30 minuti o risvegli notturni di durata complessiva di

almeno 30 minuti o risveglio finale almeno 60 minuti prima dell'orario desiderato, venivano diagnosticate con disturbo di insonnia clinicamente rilevante. Le classificazioni dei sintomi all'intervista e al QDS sono state confrontate mostrando che, su 40 individui con disturbo di insonnia clinicamente rilevante secondo il QDS, 37 (94,9%) ricevevano la stessa diagnosi all'intervista. Inoltre, considerando i 22 «buoni dormitori» al QDS, 20 non presentavano sintomi rilevanti all'intervista. In aggiunta a queste analisi, sulla base dei diari del sonno sono stati calcolati i seguenti parametri: tempo totale di sonno (TTS); latenza di addormentamento (LA; il tempo che la persona ha impiegato per addormentarsi); il tempo di veglia totale tra l'addormentamento e l'ultimo risveglio (TTV); il tempo totale speso a letto (TTL); l'indice di efficienza del sonno (IES; calcolato come il rapporto tra il tempo totale di sonno e il tempo totale speso a letto). Attraverso diverse analisi della varianza a una via, i seguenti parametri considerati come variabili dipendenti sono stati valutati in base alla classificazione relativa al QDS (variabile indipendente). Le persone con insonnia clinicamente rilevante hanno riportato sui diari un TTV più lungo, un TTS più breve e un sonno meno efficiente (IES peggiore) rispetto alle persone normodormienti.

## Conclusioni

I risultati di questi due studi hanno mostrato che le classificazioni del QDS hanno una buona validità convergente con i punteggi totali di qualità del sonno del *Pittsburgh Sleep Quality Index*; inoltre, le sue classificazioni in individui che riferiscono o che non riferiscono problemi di insonnia sulla base di strumenti clinici (intervista e diari) rilevano una sensibilità del 95% e una specificità dell'87%. Questi risultati mostrano che il QDS è uno strumento adeguato per uno screening iniziale del disturbo di insonnia e per l'identificazione di possibili altri problemi di sonno. Essendo un questionario di facile e rapida compilazione e interpretazione, esso può rappresentare uno strumento ideale da diffondere tra i medici di base per provvedere al riconoscimento e alla conseguente presa in carico di pazienti che lamentano un disturbo di insonnia clinicamente rilevante. Inoltre, è da sottolineare che il QDS ha ricevuto attenzione anche in ambito di ricerca di base in numerosi studi scientifici sia per identificare chiunque presenti una storia di disturbo del sonno (si veda ad esempio Babson et al., 2010) sia come strumento di screening e di identificazione dei gruppi sperimentali (ad esempio persone con insonnia clinicamente rilevante vs persone normodormienti) nella valutazione del legame tra il disturbo di insonnia e altre variabili di interesse (si vedano Kim et al., 2011; Voinescu et al., 2011; Baglioni et al., 2010; Natale et al., 2009; Lucidi et al., 2007; De Santo et al., 2005).

# Pre-sleep Cognitive Intrusions Inventory

---

Ezio Sanavio

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

---

## Introduzione

Il processo psicologico dell'addormentamento è descritto, in prima approssimazione, in termini di successive perdite di controllo. D'abitudine, la prima perdita concerne il controllo volontario sul corso del pensiero: «la persona non è più in grado di imporsi volontariamente la scelta dei propri pensieri, né di opporsi efficacemente al comparire di contenuti mentali del tutto involontari, slegati, “parassiti”, sovente bizzarri» (Bosinelli, 1991, p. 253).

Indipendentemente dalle controversie circa la natura e il trattamento dell'insonnia, esiste un forte consenso sull'opportunità che l'assessment psicologico esplori frequenza e contenuto dei pensieri cui indulge la persona nella latenza di addormentamento e negli altri eventuali periodi che trascorre a letto in attesa o meno di riprendere sonno dopo un risveglio nel corso della notte. Esiste pure un ampio consenso sull'utilità di interventi psicologici atti a modificare abitudini come quella di utilizzare il periodo di attesa dell'addormentamento per attività che risultino attivanti a livello cognitivo, quali passare mentalmente in rassegna gli avvenimenti della giornata testé conclusa, riesaminarne gli eventi più importanti, pianificare la giornata seguente, analizzare eventuali problemi impegnandosi in attività di problem solving, focalizzare l'attenzione sul tempo che sta passando senza riuscire a prendere sonno, immaginarsi un indomani in pessima forma a causa del mancato sonno, ecc. (Mimeault e Gagne, 1999; Morin e Espie, 2003).

Per valutare la prevalenza di sintomi di attivazione cognitiva a fronte di sintomi di attivazione somatica nelle fasi di pre-addormentamento, Nicassio, Mendlowitz, Fussell e Petras (1985) hanno costruito una scala di 16 item denominata *Pre-sleep Arousal Scale*: 8 item riguardano manifestazioni di attivazione cognitiva (ad esempio preoccuparsi di non addormentarsi, essere mentalmente vigile, non riuscire a interrompere pensieri intrusivi) e gli altri 8 riguardano manifestazioni di attivazione somatica (ad esempio tensione muscolare, respiro rapido). Gli autori

utilizzano la scala in due maniere differenti: (1) come misura di tratto, con istruzioni che chiedono di rispondere facendo riferimento alle manifestazioni che i soggetti hanno «in genere»; (2) come diario, da compilare ogni mattina per una decina di giorni, con istruzioni che chiedono di fare riferimento alla notte appena trascorsa.

Espie, Brooks e Lindsay (1989) hanno presentato un questionario di 12 item denominato *Sleep Disturbance Questionnaire* che si sottoarticola in tre componenti: *Mental anxiety*, *Sleep pattern problem* e *Physical tension*, che permette di distinguere tra tipologie diverse di pazienti insonni. Il medesimo strumento, assieme a un secondo questionario, è stato utilizzato per esaminare la struttura dell'insoddisfazione per il sonno in soggetti insonni. Risultano 6 fattori interpretabili con chiarezza: due riguardano l'attivazione cognitiva e le preoccupazioni; due i pensieri focalizzati su problemi di addormentamento e mantenimento del sonno; due le conseguenze di un cattivo sonno (Coyle e Watts, 1991).

Non al contenuto, ma alla valenza positiva o negativa dei pensieri sono invece interessati Fichten, Libman, Creti, Amsel, Tagalakis e Brender (1998), i quali hanno costruito un test di 34 item, denominato *Self-statements Test: 60+*, per esplorare i pensieri riportati dagli anziani nell'attesa di prendere sonno.

Harvey ed Espie (2004) hanno invece sviluppato un questionario in grado di misurare frequenza e contenuto dell'attività cognitiva pre-addormentamento nei pazienti con insonnia iniziale. Il *Glasgow Content of Thoughts Inventory* (GCTI) composto da 25 item evidenzia e conferma come la natura dei pensieri tipicamente presenti nella fase di latenza di addormentamento dei pazienti insonni coinvolga processi di problem solving, preoccupazione, bilancio della giornata e soprattutto, in maniera specifica, pensieri sul sonno stesso.

Il *Pre-sleep Cognitive Intrusions Inventory* (PCII), sviluppato autonomamente in Italia, e in linea con i più moderni strumenti per la valutazione dell'arousal cognitivo, permette di misurare l'intensità dell'attivazione cognitiva che precede l'addormentamento e le tematiche dei pensieri presenti con maggior frequenza nei soggetti insonni.

La sua forma originaria è stata sviluppata negli anni Ottanta nel quadro delle ricerche sul trattamento cognitivo dell'insonnia primaria e sulla specificità del trattamento psicologico di pazienti con insonnia iniziale (Sanavio, 1988). In base al punteggio ottenuto al questionario, i pazienti sono stati divisi in due gruppi: alta attivazione cognitiva e bassa attivazione cognitiva. Metà di loro era poi assegnata a un trattamento di carattere prevalentemente cognitivo, che includeva ristrutturazione cognitiva, intenzione paradossale, arresto del pensiero, immagini mentali positive. L'altra metà dei pazienti era assegnata a un trattamento di carattere psicofisiologico (biofeedback elettromiografico) di pari durata. Ci si attendeva che i pazienti con alta attivazione cognitiva — quelli cioè che lamentavano di

essere disturbati da frequenti pensieri intrusivi nella fase di addormentamento — traessero particolare beneficio da un trattamento cognitivo e non ne traessero alcuno da un trattamento di biofeedback. Il PCII era ripresentato al termine del trattamento per ottenere una seconda linea di base: pazienti con alta attivazione cognitiva presentavano punteggi più bassi a seguito del trattamento cognitivo, ma non a seguito di quello di biofeedback. Ciò depone a favore della sensibilità del PCII, che si è dimostrato in grado di misurare i cambiamenti cognitivi indotti da un trattamento cognitivo. I risultati invece smentirono l'ipotesi principale: gli insonni riportavano benefici stabili e assolutamente equivalenti dopo entrambi i tipi di trattamento.

La forma originaria consisteva di 38 item, i quali descrivono pensieri intrusivi di cui possono avere esperienza le persone durante la latenza di addormentamento, oppure mentre attendono di riprendere sonno dopo un risveglio nel corso della notte. Il contenuto degli item copre i seguenti temi: desiderio e senso di urgenza di addormentarsi, preoccupazioni circa difficoltà di sonno, pianificazione delle attività del giorno seguente, rassegna degli eventi del giorno trascorso e rievocazione di avvenimenti spiacevoli. Gli item erano stati ricavati da precedenti indagini condotte sia nella popolazione generale che in gruppi di insonni e di cattivi dormitori e, tra questi, erano stati selezionati quelli che presentavano tra gli insonni punteggi statisticamente superiori rispetto ai buoni dormitori (Rolletto, Sanavio e Zorzi, 1983).

La revisione qui presentata (Sanavio, 2000) ha modificato tre aspetti: le modalità di somministrazione, le istruzioni, il numero degli item. La forma originaria del questionario era predisposta nella struttura di diario giornaliero per pazienti che tenevano una registrazione quotidiana regolare per varie settimane. Ciò ne rendeva improponibile l'utilizzo con persone senza disturbi del sonno. Si è dunque provveduto a modificare le istruzioni e le modalità di utilizzazione al fine di poter somministrare una sola volta l'inventario; le istruzioni chiedono di fare riferimento non alla notte precedente, ma a quelle notti nelle quali capita di faticare a prendere sonno o di risvegliarsi nella notte.

La forma originaria, inoltre, includeva soltanto 38 item che erano risultati statisticamente discriminativi tra insonni e buoni dormitori. Ciò comportava che la maggior parte degli item si focalizzasse su contenuti connessi ai disturbi del sonno, il che pregiudicava l'impiego con soggetti non insonni, giacché altri erano ovviamente i temi dei pensieri delle persone che non presentavano che occasionali episodi di insonnia. Inoltre, alcune aree tematiche erano rappresentate da pochi item.

Sono stati perciò recuperati item scartati in precedenza e altri aggiunti ricavati dalle risposte aperte fornite ai questionari, in modo da coprire una maggior varietà di contenuti ottenendo l'attuale scala composta di 74 item.

## Modalità di somministrazione

Il questionario viene compilato dal paziente; le istruzioni fanno riferimento a «pensieri che attraversano la mente delle persone mentre sono a letto e non riescono a dormire» e chiedono di rispondere indicando la frequenza con la quale viene in mente il pensiero descritto nell'item lungo una scala a cinque punti (0 = mai, 4 = sempre). Al termine del questionario viene poi chiesto di riportare eventuali altri pensieri non indicati nello stesso. Infine viene chiesto di indicare, tra tutti i pensieri che «possono favorire e cullare il sonno», i due considerati più importanti; parimenti viene chiesto di indicare, tra tutti i pensieri che «possono disturbare il suo sonno», i due considerati più importanti.

## Istruzioni per il calcolo dei punteggi

L'elaborazione dei dati ottenuti dalla compilazione del questionario permette di ottenere 7 diversi valori: un punteggio globale e sei relativi alle rispettive subscale individuate con l'analisi fattoriale.

Il punteggio totale si ottiene sommando i valori di ciascuno dei 74 item. Considerando che ogni item è misurato su una scala Likert a 5 punti (da 0 a 4) la gamma di valori che il punteggio totale può presentare è compresa tra 0 e 296.

Di seguito vengono indicati gli item i cui punteggi devono essere sommati per ottenere i valori relativi alle sei subscale:

- F1: Pianificazione dell'indomani e consuntivo della giornata (item: 2, 5, 11, 13, 22, 30, 37, 39, 42, 48, 51, 53, 65, 67, 69);
- F2: Focalizzazione sul sonno (item: 3, 6, 15, 23, 31, 32, 44, 52, 57, 72);
- F3: Pensieri di malattia (item: 12, 13, 16, 19, 28, 46, 64);
- F4: Fantasticherie e ricordi (item: 8, 9, 20, 26, 29, 34, 41, 43, 73);
- F5: Preoccupazioni e rimpianti (item: 10, 18, 40, 45, 47, 62);
- F6: Pensieri erotici (item: 4, 35, 59, 70).

## Interpretazione dei punteggi

Il punteggio totale ottenuto al questionario fornisce una misura della frequenza delle intrusioni cognitive nella fase di pre-addormentamento. Un punteggio totale elevato (corrispondente ad un punto z uguale o superiore a 2) indica quindi la presenza di attivazione cognitiva, pensieri intrusivi in cui la persona indulge durante la latenza di addormentamento e negli altri eventuali periodi che trascorre

a letto in attesa o meno di riprendere sonno dopo un risveglio nel corso della notte. Ovvero un punteggio totale elevato suggerisce che la persona è troppo assorbita da pensieri di vario tipo.

Il campione normativo è composto da 553 soggetti (298 femmine e 255 maschi) di età compresa tra 18 e 86 anni, scelti a caso nella popolazione, indipendentemente dalla loro qualità del sonno. La tabella 6.1 mostra media e deviazione standard del punteggio totale ottenuto dai soggetti suddivisi in quattro classi d'età.

**TABELLA 6.1**  
**PCII – punteggio totale: numerosità dei partecipanti suddivisi per genere ed età, punteggio medio, deviazione standard, punteggio minimo e massimo**

| Età           | Maschi     |             |             |              | Femmine    |             |             |               |
|---------------|------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|-------------|---------------|
|               | N          | Media       | DS          | Gamma        | N          | Media       | DS          | Gamma         |
| 18-25         | 59         | 76,4        | 35,8        | 16-182       | 92         | 91,5        | 37,9        | 12-190        |
| 26-40         | 84         | 56,3        | 27,7        | 3-137        | 79         | 71,5        | 28,5        | 12-146        |
| 41-60         | 101        | 59,6        | 31,4        | 2-128        | 108        | 80,0        | 36,3        | 15-204        |
| 61-86         | 11         | 56,9        | 40,7        | 4-138        | 19         | 93,4        | 28,5        | 46-154        |
| <i>Totale</i> | <i>255</i> | <i>62,3</i> | <i>32,5</i> | <i>2-182</i> | <i>298</i> | <i>82,1</i> | <i>35,3</i> | <i>12-204</i> |

Per le femmine il punteggio totale 147 si colloca al 95° percentile e il punteggio 186 al 99° percentile; per i maschi il punteggio 124 si colloca al 95° percentile e il punteggio 150 al 99° percentile.

L'analisi comparativa dei punteggi nelle sei subscale approfondisce i contenuti che maggiormente caratterizzano i pensieri intrusivi e le attività che risultano attivanti a livello cognitivo nella fase di pre-addormentamento, come passare mentalmente in rassegna gli avvenimenti della giornata testé conclusa, riesaminare gli eventi più importanti, pianificare la giornata seguente, analizzare eventuali problemi impegnandosi in attività di problem solving, focalizzare l'attenzione sul tempo che sta passando senza riuscire a prender sonno, ecc.

Nello specifico, la subscale Pianificazione dell'indomani e consuntivo della giornata approfondisce l'attività di anticipazione mentale dell'indomani e di programmazione della giornata e il soffermarsi mentalmente sugli avvenimenti del giorno appena vissuto. Simili attività mentali non facilitano però l'addormentamento, vanno anzi nella direzione contraria a quell'allentamento dei nessi logici e a quella perdita di controllo volontario sui propri pensieri che sappiamo essere propria della fase di addormentamento.