Terapia cognitivo comportamentale nell'insonnia

Data 12 settembre 2007
Categoria psichiatria_psicologia

La terapia cognitivo-comportamentale è efficace nell'insonnia ma ostacoli di vario tipo ne impediscono la diffusa disseminazione nella pratica clinica.

In un primo studio , effettato in Cina, sono stati arruolati 77 pazienti affetti da insonnia cronica.
I soggetti sono stati sottoposti per 8 settimane a quattro tipi di trattamento diverso: temazepam somministrato un'ora prima di coricarsi, terapia cognitivo-comportamentale due volte alla settimana, terapia cognitivo-comportamentale associata a temazepam, pillola placebo.
Al termine delle otto settimane tutti i trattamenti si dimostrarono superiori al placebo, la farmacoterapia e l'associazione temazepam + terapia cognitivo-comportamentale ottennero i risultati migliori (latenza di inizio del sonno, qualità del sonno alla polisonnografia). Tuttavia a 3 e a 8 mesi di follow-up il trattamento più efficace risultò essere la terapia cognitivo-comportamentale mentre i soggetti arruolati agli altri due tipi di trattamento tendevano a ritornare verso livelli di gravità dell'insonnia presenti al baseline.
In un secondo studio norvegese 46 soggetti (età oltre 54 anni) con insonnia grave sono stati trattati con sei sedute settimanali di terapia cognitivo-comportamentale, con zopiclone oppure placebo.
I soggetti trattati con zopiclone potevano continuare ad assumere il farmaco anche dopo la sesta settimana. Il sonno è stato misurato sia in maniera soggettiva (diario del sonno) che oggettiva (polisonnografia) alla sesta settimana e a 6 mesi.
Alla sesta settimana la riduzione del tempo di veglia era significativamente maggiore nel gruppo trattato con terapia cognitivo-comportamentale (52%) che con zopiclone (16%) o placebo (4%). Solo il primo gruppo mostrò un miglioramento della qualità del sonno alla polisonnografia. Questi risultati si mantenevano a 6 mesi.

Fonte:
1. Wu R et al. Comparison of sleep condition and sleep-related psychological activity after cognitive-behavior and pharmacological therapy for chronic insomnia. Psychother Psychosom 2006 Jun; 75:220-8.
2. Sivertsen B et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. JAMA 2006 Jun 28; 295:2851-8.

Commento di Renato Rossi

La terapia cognitivo-comportamentale consiste in una serie di tecniche che portano a controllare gli stimoli che influenzano il sonno (per esempio svegliarsi sempre alla stessa ora, alzarsi dal letto se non si riesce a prender sonno dopo un lasso di tempo prestabilito, non dormire di giorno), a migliorare l'educazione all'igiene del sonno (per esempio non bere alcolici, non mangiare troppo o non fare attività fisica prima di coricarsi), ad imparare il rilassamento mucolare (contrazione e rilassamento dei muscoli in sequenza). Essa può essere eseguita sia in gruppo che sul singolo e di solito prevede l'intervento di personale specializzato.
Una revisione Cochrane di 6 RCT ha identificato un piccolo studio secondo il quale la terapia cognitivo-comportamentale migliora il sonno rispetto a nessun intervento dopo 3 mesi, ma l'insonnia persisteva comunque in entrambi i gruppi. In un altro piccolo studio su 75 pazienti sono stati confrontati la terapia cognitivo-comportamentale, il rilassamento muscolare e il placebo (ascoltare contenuti ritenuti rilassanti prima di dormire): la terapia cognitivo-comportamentale portava ad un miglioramento degli outcomes misurati maggiore rispetto al rilassamento e al placebo.
Ora questi due studi confermano l'efficacia del trattamento non farmaoclogico nell'insonnia.
D'altra parte essi sono in linea con una revisione sistematica di 37 studi (per un totale di 2246 pazienti)
che dimostra l'efficacia delle terapie comportamentali e psicologiche per l'insonnia cronica .
Nello stesso tempo la terapia ipnotica negli anziani con insonnia è efficace ma l'efficacia sembra modesto a scapito di effetti collaterali che possono annullarne i benefici : bisogna trattare 16 pazienti con un sedativo perchè uno abbia un miglioramento della qualità del sonno ma basta trattarne 6 perchè uno abbia un effetto collaterale (torpore, astenia, incubi, nausea e disturbi gastrointestinali).
Se queste sono le evidenza di letteratura nella pratica le cose vanno diversamente. Ovviamente qualsiasi medico fornisce ai propri pazienti tutti i consigli necessari ad una buona igiene del sonno ma bisogna notare che quasi sempre si rende necessaria la prescrizione di un ipnotico. In effetti proporre una terapia cognitivo-comportamentale, specialmente per il paziente anziano che ha scarsi mezzi di locomozione, si scontra con varie difficoltà, in primis la mancanza di adeguate strutture con personale specializzato per questo tipo di trattamento, che richiede inoltre una forte motivazione, la disponibilità di tempo e l'accettazione che i risultati possono vedersi dopo alcune settimane. Di solito invece il paziente preme per una terapia che lo faccia dormire subito. Insomma, come spesso succede per altri campi, tra il dire e il fare c'è sempre di mezzo qualcosa.

Referenze

1. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+ In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
2. Edinger JD et al. Cognitive behavioural therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 2001;285:1856–1864
3. Morin CM et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). SLEEP2006;29(11):1398-1414
4. Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005 Nov 19;331:1169-73.