



Laboratorio di Scienze Cognitive Comportamentali

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale Sede di
Palermo

**CBT-I *one shot*: una proposta di intervento
per la riduzione dei sintomi dell'insonnia
e il miglioramento del benessere psicofisico
dei detenuti della C.C Pasquale Di Lorenzo (AG)**

Specializzanda

Maria Eugenia Randazzo

ANNO ACCADEMICO 2023

ABSTRACT

Questo studio si propone di esplorare l'insonnia in contesto penitenziario. Attraverso una revisione narrativa internazionale, vengono esaminati gli impatti della privazione del sonno sulla qualità di vita dei detenuti, evidenziando la mancanza di studi analoghi condotti in Italia. L'insonnia è un problema diffuso a livello globale, nei detenuti, questa condizione è influenzata da molteplici fattori legati all'ambiente carcerario, aumentando il rischio di disturbi mentali, tra cui depressione, ansia, abuso di sostanze e rischio suicidario. Gli interventi sull'insonnia in carcere sono essenziali, considerando i potenziali impatti negativi sulla salute mentale e fisica dei detenuti. Tuttavia, la letteratura su questo argomento è limitata, soprattutto in contesto italiano. La Terapia Cognitivo-Comportamentale per l'Insonnia (CBT-I) emerge come un approccio d'élite, dimostrando successo nella gestione dell'insonnia. Il presente studio propone l'implementazione della CBT-I one shot, una forma di terapia mirata per l'insonnia acuta, all'interno di penitenziari italiani. I risultati positivi di precedenti studi (Ellis, e al. 2012) suggeriscono che questo approccio potrebbe migliorare il sonno, riducendo i sintomi depressivi e ansiosi nei detenuti. L'obiettivo dell'intervento è ottenere una significativa riduzione dei sintomi di insonnia. Considerando l'associazione tra insonnia, ansia, depressione e rischio suicidario nella popolazione carceraria, l'intervento proposto assume un'importanza cruciale per la prevenzione del rischio suicidario. Tuttavia, si suggerisce la necessità di future ricerche per esaminare anche l'efficacia dell'intervento sulla riduzione dei pensieri suicidari, delle intenzioni e delle azioni di suicidio. L'identificazione e la gestione dell'insonnia emergono come fattori chiave nella salute mentale dei detenuti, evidenziando l'urgenza di indagini più approfondite in ambito penitenziario italiano.

INTRODUZIONE

L'insonnia, un disturbo del sonno caratterizzato da difficoltà nell'inizio o nel mantenimento del sonno, rappresenta un fenomeno diffuso a livello globale. Secondo l'American Academy of Sleep Medicine (2014), il 30% degli adulti riporta uno o più sintomi di insonnia. Questo disturbo, formalmente diagnosticato secondo il DSM-5, influisce sul benessere psichico, cognitivo e somatico. La prevalenza stimata negli Stati Uniti e in Europa si attesta intorno al 6%-10% (Morin & Benca, 2012). Le comorbidità con disturbi mentali sono ben documentate, rappresentando un rischio significativo per sviluppare depressione, ansia, abuso di sostanze e ideazioni suicidarie. Ambienti detentivi presentano un'elevata incidenza di insonnia, causata da molteplici fattori quali la mancanza di igiene del sonno, sovraffollamento, rumore e stress. La gestione dell'insonnia in queste circostanze è cruciale, considerando gli impatti negativi sulle funzioni cognitive. Revisioni della letteratura evidenziano l'importanza di interventi mirati nell'ambiente carcerario. Studi precedenti, sebbene limitati, suggeriscono che la Terapia Cognitivo-Comportamentale per l'Insonnia (CBT-I) può essere un approccio efficace. Tuttavia, c'è una carenza di ricerca specifica sul trattamento dell'insonnia nelle carceri italiane. Un'indagine sulla prevalenza dell'insonnia nella Casa Circondariale Pasquale Di Lorenzo di Agrigento coinvolge 315 detenuti, rivelando una distribuzione significativa tra uomini e donne. Tra questi, il 67% manifesta sintomi di insonnia moderata o grave. Per affrontare questa problematica, il presente lavoro, propone un intervento focalizzato sui detenuti con insonnia moderata o grave, attraverso il protocollo CBT-I One Shot. Questo trattamento breve e strutturato, ha dimostrato efficacia nella riduzione dei sintomi d'insonnia e nell'abbassamento della sintomatologia depressiva e ansiosa in studi precedenti. La procedura di intervento prevede la suddivisione dei partecipanti in due gruppi, uno sottoposto a CBT-I One Shot e l'altro al solo monitoraggio senza intervento terapeutico specifico. Sono previsti questionari standard come l'Insomnia Severity Index (ISI), il Patient Health Questionnaire (PHQ), il

Generalized Anxiety Disorder (GAD) e il Diario Quotidiano del Sonno. Gli obiettivi dell'intervento includono una significativa riduzione dei sintomi di insonnia, miglioramenti nella continuità del sonno e una valutazione positiva da parte dei partecipanti riguardo al diario del sonno e all'opuscolo di auto-aiuto. L'insonnia rappresenta una sfida rilevante nelle carceri, con implicazioni per la salute mentale e la sicurezza. La proposta di implementare la CBT-I One Shot si basa su evidenze precedenti, ma l'efficacia in contesto carcerario italiano richiede ulteriori indagini. Questa iniziativa, oltre a migliorare la qualità del sonno, mira a contribuire alla gestione complessiva della salute mentale nelle carceri. L'attenzione dedicata all'insonnia potrebbe svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione dei rischi suicidari e nella promozione del benessere tra i detenuti. Ulteriori ricerche sono necessarie per confermare e ampliare questi risultati in altri contesti penitenziari e migliorare la comprensione dell'impatto dell'insonnia nelle carceri italiane.

1. Insonnia: una panoramica degli studi internazionali

L'insonnia è definita come un disturbo caratterizzato da difficoltà ad iniziare o mantenere il sonno, o da un sonno non ristoratore che si traduce in insoddisfazione del sonno e disturbi diurni di tipo psichico, cognitivo e somatico (American Academy of Sleep Medicine, 2014). I tassi di prevalenza nella popolazione riportati in una varietà di studi a livello globale, stimano che circa il 30% degli adulti riporta uno o più sintomi di insonnia (Roth, 2007). Per diagnosticare formalmente il disturbo dell'insonnia, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5a edizione (DSM-5) specifica uno dei tre sintomi: (1) difficoltà ad iniziare il sonno; (2) difficoltà a mantenere il sonno (risvegli frequenti); o (3) risvegli mattutini indesiderati (con incapacità di tornare a dormire). I sintomi devono causare disagio o compromissione del funzionamento, essere presenti almeno tre volte a settimana per 3 mesi e non essere attribuibili a un altro disturbo del sonno, disturbo psichiatrico o uso di droghe (American Psychiatric Association). In accordo con questi criteri diagnostici, si ritiene che la prevalenza nella popolazione (negli Stati Uniti e in Europa) sia di circa il 6%–10% (Morin & Benca, 2012).

La valutazione clinica dell'insonnia si basa su un modello eziopatogenetico che descrive lo sviluppo del Disturbo di insonnia da transitorio a cronico. Secondo il cosiddetto modello delle 3P (Spielman 1986; Spielman e Glovinsky 1991), gli individui che sviluppano insonnia sono caratterizzati da alcuni fattori predisponenti, l'esordio del disturbo del sonno è dovuto all'occorrenza di fattori precipitanti e il mantenimento dell'insonnia è conseguenza di vari fattori perpetuanti.

I cosiddetti "fattori predisponenti" sono condizioni o tratti individuali che incrementano la vulnerabilità delle persone allo sviluppo di un problema di insonnia (Es. Lo stile cognitivo iper-vigile, la familiarità per l'insonnia, il genere femminile e l'età avanzata).

I "fattori precipitanti" riguardano tutte le forme di stress acuto che possono capitare durante la vita degli individui (Es. Esperienze di perdita/separazione, problemi familiari, di salute, di lavoro).

Per "fattori perpetuanti" si intende quella varietà di abitudini e comportamenti disfunzionali per il sonno, messi spesso in atto per superare la paura di non riuscire a dormire (Es., l'uso cronico di ipnoinducenti) o per compensare la perdita di sonno (Es. Fare sonnellini durante il giorno) che, combinati a credenze e esperienze affettive negative (Es. Preoccupazione per la perdita di sonno e per i suoi effetti diurni, paura di perdere il controllo sul sonno) contribuiscono a mantenere nel tempo il disturbo. In particolare, l'identificazione dei processi cognitivi e dei comportamenti disfunzionali che il paziente insonne ha sviluppato rappresentano per il clinico una fonte preziosa di informazioni per mettere a punto una diagnosi e delle strategie di trattamento.

Uno degli aspetti più rilevanti riguardo all'insonnia è la sua frequente comorbidità con altri disturbi. In particolare, la relazione più conosciuta e descritta nella letteratura scientifica è senza dubbio quella con i disturbi mentali. Nello specifico, è stato dimostrato come la presenza insonnia sia in grado di predire l'insorgenza di un episodio depressivo, ansia, abuso di alcol, psicosi, e rappresenti un rischio per lo sviluppo di ideazioni e comportamenti suicidari.

I soggetti detenuti sono hanno un elevato rischio di insonnia. L'ambiente carcerario può avere un impatto negativo sul sonno per un'ampia percentuale di detenuti a causa della scarsa igiene del sonno, dell'istituzionalizzazione, della noia, del rumore, del sovraffollamento, della paura, della mancanza di autonomia, dell'abuso di sostanze, della luce, della temperatura e di qualsiasi altra forma di disagio in generale (Barker et al., 2016; Dewa et al., 2015, Dewa et al., 2017). Inoltre, è noto che le popolazioni carcerarie presentano un'incidenza elevata di condizioni di salute mentale (Fazel & Danesh, 2002), aumentando di conseguenza ulteriormente il rischio (Dewa et al., 2015). È importante che vi sia un adeguato riconoscimento e una gestione dell'insonnia nelle carceri. Le conseguenze di un sonno scadente includono deterioramento cognitivo, aumento dell'aggressività, ridotto controllo degli impulsi, disregolazione emotiva, aumento del rischio di incidenti e gravi condizioni di salute fisica direttamente collegate alla mortalità (Bos & Macedo, 2019).

Elger (2007) ha condotto una revisione non sistematica sull'insonnia in ambienti carcerari che comprendeva nove studi; e più recentemente, Dewa et al. (2015) hanno condotto una revisione integrativa completa esaminando la prevalenza, le correlazioni e la gestione dell'insonnia nelle carceri. Dewa et al. Ha esaminato sistematicamente 33 studi e ha identificato cinque temi: (1) la diversa prevalenza dell'insonnia; (2) la comorbilità con disturbi psichiatrici e abuso di sostanze; (3) l'impatto negativo dei fattori ambientali nelle carceri; (4) la prescrizione di farmaci ipnotici; e (5) prova che il trattamento non farmacologico può aiutare a migliorare il sonno. Dodici degli studi esaminati hanno riportato la prevalenza dell'insonnia, questa è risultata variare dal 10,9% all'81% sulla base di studi tra il 1974 e il 2012.

Griffiths e Hina (2022) hanno condotto una revisione degli interventi sull'insonnia nelle carceri, che includeva un'analisi secondaria della prevalenza dell'insonnia. Hanno concluso che la prevalenza dell'insonnia tra i detenuti è alta in tutto il mondo. Lo studio più completo e sistematico è stato effettuato da Nia Sheppard e Lee Hogan, l'unica grande nota dolente è che tra le carceri dello studio non compare nessun carcere italiano.

Le conseguenze dell'insonnia nei detenuti includono l'aggressività, la rabbia, l'impulsività, l'aumento del ricorso all'assistenza sanitaria in carcere (Barker, Ireland, Cu, & Ireland, 2016), l'ideazione suicidaria, i tentativi di suicidio e i suicidi. Se all'insonnia si aggiungono le perturbazioni dell'umore può aumentare la vulnerabilità al suicidio in questa popolazione (Carli et al., 2011). Come tale c'è un bisogno critico di sviluppare interventi e trattamenti efficaci in quest'area.

Nonostante una quantità significativa di ricerche focalizzate sullo sviluppo e il trattamento di altre condizioni mentali e fisiche nella popolazione carceraria, c'è una scarsità di letteratura che esamina lo sviluppo e il trattamento dell'insonnia (Dewa et al., 2015). Questa è di solito perpetuata da diversi fattori, che possono includere un maggiore sforzo per indurre il sonno in risposta all'angoscia per il poco sonno e l'eccitazione condizionata per cui il letto diventa uno spunto di eccitazione piuttosto che di sonno. La reclusione stessa può agire come fattore precipitante iniziale (Elger & Sekera, 2009). Inoltre, uno studio ha dimostrato che l'83% dei detenuti con insonnia ha riportato di avere un pregresso disturbo d'ansia o depressione (Elger, 2004). Altri fattori precipitanti e perpetuanti sono i vincoli dell'ambiente carcerario: la separazione dai propri cari, le routine rigidamente imposte e gli orari sonno-veglia, la limitata attività fisica, lo spazio condiviso per vivere e dormire, la mancanza di privacy, i problemi di sicurezza, l'accesso limitato alla luce del sole e i fattori ambientali (ad esempio, rumore, luce, temperatura, materasso e lenzuola), passare una quantità significativa di tempo in una cella su una branda, che non è usata solo per dormire ma anche per le attività della vita quotidiana (ad esempio, stare seduti, guardare la televisione, leggere, scrivere, mangiare, sonnecchiare). La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), un approccio psicoterapeutico che si rivolge alle cognizioni e ai comportamenti che causano e perpetuano un problema, è stata adattata a molti disturbi psichiatrici tra cui l'insonnia (CBT-I).

2. Protocolli di intervento per l'insonnia

2.1 CBT-I

Sin dal 1930 sono stati condotti più di 200 studi clinici sia su singoli interventi per l'insonnia (Controllo dello Stimolo, PMR, restrizione del sonno) sia su interventi multicomponenziali che potrebbero essere assimilati alla CBT-I. Questa vasta letteratura è stata riassunta quantitativamente usando statistiche meta-analitiche almeno in tre occasioni e c'è almeno una meta-analisi comparativa che valuta l'efficacia della CBT-I rispetto a farmaci agonisti delle benzodiazepine. I dati di questi studi suggeriscono che: la farmacoterapia e la CBT-I producono effetti clinici comparabili al post trattamento in particolare sulla latenza del sonno, sul risveglio dopo l'addormentamento e sul numero di risvegli, la CBT-I ha, minori effetti collaterali della farmacoterapia, vi sono dati preliminari che suggeriscono che la CBT-I, alla fine del trattamento, ha effetti positivi sulla macro e la micro architettura del sonno (ad esempio produce un incremento del sonno ad onde lente e dell'attività delle onde delta NREM, mentre riduce l'attività delle onde alfa e beta NREM), la CBT-I produce effetti clinici che persistono oltre la fine del trattamento, verificato fino a un follow-up di 24 mesi

La terapia cognitivo-comportamentale dell'Insonnia (CBT-I) viene considerata come il trattamento di prima linea per l'insonnia cronica in soggetti adulti di ogni età.

CBT-I sta per Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, è un intervento multi-componenziale effettuato sia individualmente che in gruppo in diverse sessioni (generalmente da 4 a 8), il cui target è specificatamente il disturbo nella continuità del sonno (difficoltà ad addormentarsi, a mantenere il sonno o entrambe le cose) e che si articola in interventi di psicoeducazione, regole sull'igiene del sonno, tecniche cognitivo-comportamentali (restrizione del sonno e controllo dello stimolo), di rilassamento e di terapia cognitiva la cui efficacia è stata testimoniata in meta-analisi di trial clinici controllati. Il trattamento farmacologico può essere somministrato solo in caso di inefficacia della CBT-I o nel caso in cui questa non possa essere disponibile per il paziente.

Il protocollo CBT-I è generalmente organizzato in otto moduli, ognuno dei quali prevede tecniche e obiettivi specifici. Le principali sono:

- Tecnica del Controllo degli Stimoli (TCS). È finalizzata a rinforzare l'associazione camera-letto-sonno e a rimuovere i fattori che condizionano la mente al non dormire.

- Tecnica di Restrizione del Sonno (TRS). Riduce temporaneamente il tempo che si sta a letto con l'obiettivo di aumentare l'efficienza del sonno. Si basa sul principio di omeostasi del sonno, secondo cui la riduzione delle ore di sonno aumenta la probabilità di addormentarsi.

- Tecnica Cognitive. Hanno l'obiettivo di individuare e modificare i pensieri disfunzionali sul sonno e guidano il paziente nella riformulazione delle aspettative e degli atteggiamenti negativi ad esso connessi.

- Tecnica del Controllo Cognitivo. Guida il paziente nella gestione dei momenti di riflessione sui propri problemi e preoccupazioni, al di fuori della camera da letto.

Alcune forme multicomponenziali di CBT-I includono anche training di rilassamento

2.2 CBT-I *one shot* e la sua efficacia

CBT-I è un efficace trattamento non farmacologico, strutturato, a breve termine, focalizzato sulle abilità, e volto a modificare pensieri, credenze e comportamenti che contribuiscono a insonnia. CBT-I *one shot*, invece, è stato progettato specificamente da Ellis e colleghi (2012) per trattare l'insonnia nella sua fase più acuta, evitando la transizione verso quella cronica: prevede un opuscolo di auto-aiuto (che delinea delle strategie, ad esempio di distrazione immaginativa) e una singola sessione di terapia di 60-70 minuti condotta da un terapeuta (JGE, uno psicologo della salute e esperto del sonno con 8 anni di esperienza di CBT-I). Vista la sua efficacia nella riduzione dell'insonnia e della sintomatologia depressiva e ansiosa in una popolazione non carceraria, Randall e colleghi (2018) hanno testato questo tipo di intervento nell'ambiente carcerario per detenuti con

insonnia acuta auto-riferita o inviati al Mental Health in Reach Team, apportando i dovuti adattamenti: (a) dove in precedenza le istruzioni di controllo dello stimolo suggerivano che la camera da letto doveva essere usata solo per dormire e per il sesso, il sesso è stato omissso da queste istruzioni, e (b) all'interno delle istruzioni di controllo dello stimolo, i partecipanti non sono stati istruiti a lasciare la camera da letto ma piuttosto a identificare uno spazio "non sonno" nella loro cella e andare lì se non erano in grado di dormire. Sono stati utilizzati i diari del sonno relativi alle precedenti settimane, al fine di impostare e prescrivere un iniziale programma di sonno specifico per i partecipanti (cioè il tempo di andare al letto e uscire dal letto). La prescrizione iniziale si basava sulla media del tempo totale di sonno della settimana precedente, e diventava il tempo a letto da trascorrere la settimana successiva. I partecipanti dovevano prolungare tale prescrizione finché non fossero soddisfatti del loro sonno. Inoltre, durante il primo colloquio, ai pazienti sono stati somministrati tre questionari: l'Insomnia Severity Index (ISI), composto da 7 items, è stato utilizzato per valutare la natura, gravità e impatto dell'insonnia (Morin, 1993); il Patient Health Questionnaire (PHQ), composto da 9 items, ha permesso lo screening, la diagnosi e il monitoraggio della gravità della depressione (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001); infine, sono stati valutati i sintomi dell'ansia attraverso il Generalized Anxiety Disorder (GAD), un questionario a 7 items (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). La valutazione di follow-up era stata fissata a quattro settimane dall'inizio dell'intervento.

In particolare, lo scopo dello studio era quello di determinare l'efficacia di un intervento CBT-I in prigionieri maschi con insonnia acuta. Uno scopo secondario era di determinare se il trattamento riduceva anche i sintomi della depressione e dell'ansia. I risultati hanno evidenziato che i partecipanti hanno sperimentato una riduzione significativa dei sintomi legati all'insonnia (ISI) a distanza di un mese dall'intervento (il 73% dei prigionieri). Riduzioni significative sono state osservate anche per la sintomatologia ansiosa e depressiva. Gli effetti del cambiamento tra il pre e il post intervento sono risultati da moderati a forti, e la conformità (definita come il numero di notti, durante la prima settimana dall'inizio dell'intervento, in cui i partecipanti hanno rispettato il tempo prescritto per andare a letto o per uscire dal letto, con un margine di 15 minuti) è stata del 90%. Mentre questi risultati sono in linea con la letteratura precedente sull'impatto di un intervento CBT-I one shot per l'insonnia acuta (Boullin et al., 2016; Ellis et al., 2015), essi suggeriscono anche che l'intervento può essere attuato con successo in un ambiente carcerario, con le dovute modifiche. Pertanto, questi risultati dovrebbero essere visti come un primo passo nella gestione dell'insonnia tra i carcerati al fine di ridurre o prevenire la violenza e i tentativi di suicidio.

3. Proposta di intervento all'interno della C.C. Pasquale Di Lorenzo (AG)

3.1 Screening sulla prevalenza dell'insonnia

Allo scopo di effettuare uno screening sulla prevalenza dell'insonnia nella popolazione carceraria, è stato somministrato l'Insomnia Severity Index (ISI) ai 315 detenuti della C.C. di Agrigento.

Insomnia Severity Index

The Insomnia Severity Index has seven questions. The seven answers are added up to get a total score. When you have your total score, look at the 'Guidelines for Scoring/Interpretation' below to see where your sleep difficulty fits.

For each question, please CIRCLE the number that best describes your answer.

Please rate the *CURRENT* (i.e. *LAST 2 WEEKS*) *SEVERITY* of your insomnia problem(s).

Insomnia Problem	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
1. Difficulty falling asleep	0	1	2	3	4
2. Difficulty staying asleep	0	1	2	3	4
3. Problems waking up too early	0	1	2	3	4

4. How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern?

Very Satisfied Satisfied Moderately Satisfied Dissatisfied Very Dissatisfied
0 1 2 3 4

5. How NOTICEABLE to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of your life?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Noticeable
0 1 2 3 4

6. How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Worried
0 1 2 3 4

7. To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.) CURRENTLY?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Interfering
0 1 2 3 4

Guidelines for Scoring/Interpretation:

Add the scores for all seven items (questions 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = _____ your total score

Total score categories:

0-7 = No clinically significant insomnia

8-14 = Subthreshold insomnia

15-21 = Clinical insomnia (moderate severity)

22-28 = Clinical insomnia (severe)

Dopo aver ottenuto la necessaria autorizzazione da parte dell'amministrazione penitenziaria in collaborazione con l'equipe interna dell'Istituto penitenziario sono stati arruolati 315 detenuti chiedendo loro di partecipare allo studio. Ogni detenuto ha accettato volontariamente di partecipare allo studio, non è stato fornito alcun incentivo alla partecipazione ed è stato esplicitamente informato di sentirsi libero di lasciare lo studio in qualsiasi momento senza alcun tipo di ripercussione.

Il questionario è stato tradotto in lingua italiana e francese in modo da essere fruibile da tutti i detenuti. Della popolazione in esame fanno parte 56 donne e 259 uomini.

L'Insomnia Severity Index (ISI) è un questionario composto da 7 voci utilizzato per valutare la natura, la gravità e l'impatto dell'insonnia (Morin, 1993). Per valutare ciascun item viene utilizzata una scala Likert a 5 punti (da 0 = per niente a 4 = molto grave). Il questionario totale dà un punteggio compreso tra 0 e 28. L'affidabilità e la validità dell'ISI sono ben documentate (Bastien, Vallieres e Morin 2001) mostrando un elevato livello di coerenza interna (alfa di Cronbach = 0,74). L'ISI ha dimostrato di essere uno strumento clinicamente utile nella ricerca sul trattamento dell'insonnia (Morin, Belleville, Bélanger e Ivers, 2011).

Dai risultati del questionario è possibile individuare 4 categorie di gravità dell'insonnia:

- assente
- lieve
- moderata
- grave.

Analizzando le risposte al questionario date dalla popolazione carceraria sono emersi i seguenti risultati:

Popolazione	Drop-out	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Totale
Donne	9	7	13	9	18	56
Uomini	94	41	44	33	47	259
Totale	103	48	57	42	65	315

3.2 Procedura di intervento

Alla luce dei risultati ottenuti, è stato ritenuto utile occuparsi di questa problematica, ipotizzando un intervento che preveda un trattamento per i soggetti che rientrano nelle categorie *moderata* e *grave*. Tali soggetti verranno suddivisi in due gruppi:

- al primo gruppo verrà applicato il protocollo CBT-I *one shot*
- il secondo gruppo sarà di controllo e riceverà informazioni standard sull'insonnia senza alcun intervento terapeutico specifico.

Partecipanti:

Soggetti detenuti che hanno ricevuto punteggio alla categoria “insonnia moderata” e insonnia grave”.

Strumenti:

Indice di gravità dell'insonnia

-Insomnia Severity Index (ISI)

Questionario sulla salute del paziente

-Il Patient Health Questionnaire (PHQ) è un questionario composto da 9 voci utilizzato per individuare, diagnosticare e monitorare la gravità della depressione (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001). Utilizza una scala Likert a 4 punti (0 = per niente – 3 = tutti i giorni), ottenendo un punteggio compreso tra 0 e 27. Il PHQ ha alti livelli di coerenza interna, con un alfa di Cronbach di 0,89 (Kroenke et al.,2001)), identificandolo come uno strumento valido ed affidabile.

Disturbo d'ansia generalizzato

-Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) è un questionario composto da 7 voci utilizzato per misurare i sintomi dell'ansia (Spitzer, Kroenke, Williams e Löwe, 2006). Il GAD utilizza una scala Likert a 4 punti (da 0 = per niente a 3 = tutti i giorni) per un punteggio totale compreso tra 0 e 21. Mostra elevati livelli di coerenza interna (alfa di Cronbach = 0,91), suggerendo che è un metodo valido e affidabile strumento psicometrico per valutare i sintomi dell'ansia.

Diario quotidiano del sonno

-Con il Diario Quotidiano del Sonno (Carney et al.,2012) si chiede al partecipante di riportare (a) a che ora va a letto, (b) a che ora intende dormire, (c) per quanto tempo rimane sveglio durante la notte, (d) a che ora si è svegliato per il sonno l'ultima volta, (e) a che ora si alza dal letto e (f) quanto sonno il partecipante ritiene di aver dormito quella notte. Ai partecipanti verrà chiesto di stimare questi tempi, senza fare affidamento su un orologio, e di completare il diario ogni mattina entro una finestra di 20-40 minuti dal risveglio.

Da questi dati potranno derivare le seguenti variabili facendo la media dei dati della settimana precedente: Tempo a letto (TIB), Latenza del sonno (SL), Wake After Sleep Onset (WASO), Tempo di sonno totale (TST) ed Efficienza del Sonno (SE).

L'SE si potrà calcolare utilizzando la seguente formula ($TST/TIB \times 100$) per ricavare una percentuale.

A tutti i partecipanti sarà consegnato il diario del sonno, saranno istruiti sul suo utilizzo e autorizzati a completare PHQ, GAD e ISI per la valutazione di base.

Saranno apportate due modifiche all'opuscolo per adattarlo all'ambiente carcerario: (a) laddove in precedenza le istruzioni sul controllo degli stimoli suggerivano che la camera da letto dovesse essere utilizzata solo per dormire e fare sesso, il sesso sarà omesso da queste istruzioni, e (b) all'interno dell'opuscolo ai partecipanti non sarà chiesto di lasciare la camera da letto ma di identificare uno spazio “non-sonno” nella loro cella e di recarvisi al bisogno.

Ad intervalli settimanali, nelle quattro settimane successive (cioè fino al completamento dello studio), verranno organizzati degli incontri di gruppo.

Ad ogni incontro saranno fissati appuntamenti per la settimana successiva per la sessione di intervento e infine per la valutazione finale di follow-up (quattro settimane dopo l'intervento).

All'appuntamento di follow-up saranno raccolti i diari del sonno e i questionari che avranno completato.

3.3 Risultati attesi:

La proposta di intervento mira a:

- una significativa riduzione dei sintomi di insonnia
- degli effetti positivi evidenti anche nei cambiamenti nella continuità del sonno, con aumenti del tempo totale di sonno e dell'efficienza del sonno, e riduzioni significative nella latenza del sonno e nel tempo di veglia dopo l'addormentamento
- una riduzione dei pensieri negativi
- una compliance con le prescrizioni del sonno
- una valutazione positiva del diario del sonno e l'opuscolo di auto-aiuto come componenti utili dell'intervento

Inoltre, CBT-I one shot, come dimostrano i risultati degli studi precedenti, è in grado di ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva dei partecipanti; poiché i tassi di ansia e depressione sono elevati nella popolazione carceraria e, in combinazione con l'insonnia, sono stati associati ad un aumento del rischio di suicidio (Hassan et al., 2013), questo intervento potrebbe essere particolarmente rilevante in questo contesto ai fini preventivi del rischio suicidario in carcere.

Conclusioni:

L'identificazione e la gestione dell'insonnia emergono come aspetti cruciali nell'ambiente carcerario, considerando la maggior vulnerabilità della popolazione forense allo sviluppo di questo disturbo del sonno (Elger, 2004). La conferma di un legame accertato tra insonnia, ansia, depressione e rischio suicidario (Carli et al., 2011) sottolinea l'importanza di affrontare tempestivamente questa problematica all'interno delle strutture penitenziarie.

I risultati attesi del presente progetto, in linea con le conclusioni di studi precedenti, suggeriscono che l'approccio della CBT-I one shot, mostra promesse significative per migliorare il sonno e ridurre i sintomi ansiosi e depressivi nei detenuti con insonnia. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che questa è un'area relativamente inesplorata nel trattamento dell'insonnia in contesto penitenziario italiano. Una delle cause di questi sintomi in un contesto così delicato, può essere attribuita alla presenza di ruminazione e/o rimuginio, sarebbe auspicabile, quindi, poter intervenire anche su questi aspetti.

Ulteriori ricerche sono pertanto auspicate per confermare se gli effetti positivi ipotizzati in questo studio sono paragonabili e riproducibili in altri contesti con soggetti detenuti. Esplorare più approfonditamente l'efficacia dell'intervento, costituirà un passo importante per comprendere appieno l'impatto dell'insonnia nelle carceri italiane e per sviluppare interventi mirati alla prevenzione.

In definitiva, l'attenzione dedicata all'insonnia e all'implementazione della CBT-I in carcere non solo mira a migliorare la qualità del sonno dei detenuti, ma potrebbe anche contribuire in modo significativo alla gestione generale della salute mentale in un contesto così particolare e complesso.

Bibliografia:

- Andrea Galbiati, linee guida europee per l'Insonnia, comitato editoriale AIMS.
- Accademia americana di medicina del sonno. (2014). *Classificazione internazionale dei disturbi del sonno* (3a ed.). Darien, IL : Accademia americana di medicina del sonno.
- Barker, L. F., Ireland, J. L., Cu, S., & Ireland, C. A. (2016). Sleep and its association with aggression among prisoners. Quantity or Quality? *IJLP*, 47, 115–121.
- Barker, LF , Irlanda, JL , Chu, S. E Irlanda, CA (2016). Il sonno e la sua associazione con l'aggressività tra i detenuti: quantità o qualità? *Giornale internazionale di diritto e psichiatria* , 47 , 115-121 . APA psycinfo@. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp>.
- Bastien, CH, Vallières, A., & Morin, CM (2001). Convalida dell'indice di gravità dell'insonnia come misura di risultato per la ricerca sull'insonnia. *Medicina del sonno* , 2(4), 297–307. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[Web of Science ®](#)] , [[Google Scholar](#)]
- Boullin, P., Ellwood, C., & Ellis, J. G. (2016). Group vs. Individual treatment for acute insomnia: A pilot study evaluating a “One-Shot” treatment strategy. *Brain Sciences*, 7(1), 1–11.
- Carli, V., Roy, A., Bevilacqua, L., Maggi, S., Cesaro, C., & Sarchiapone, M. (2011). Insomnia and suicidal behaviour in prisoners. *Psychiatry Research*, 185, 141–144.
- Carney, CE, Buysse, DJ, Ancoli-Israel, S., Edinger, JD, Krystal, AD, Lichstein, KL, & Morin, CM (2012). Il diario del sonno consensuale: standardizzazione dell'automonitoraggio del sonno potenziale. *Sonno* , 35 (2), 287–302. doi:10.5665/sleep.1642 [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[Web of Science ®](#)] , [[Google Scholar](#)]
- **Cognitivismo clinico (2016) ASSESSMENT E VALUTAZIONE CLINICA DELL'INSONNIA.** Alessandra Devoto, Gemma Battagliese, Mariana Fernandes, Caterina Lombardo e Cristiano Violani. 13, 1, 21-40
- Dewa, L. H., Hassan, L., Shaw, J. J., & Senior, J. (2017). Trouble sleeping inside: A cross-sectional study of the prevalence and associated risk factors of insomnia in adult prison populations in England. *Sleep Medicine*, 32, 129– 136.
- Dewa, L. H., Kyle, S. D., Hassan, L., Shaw, J., & Senior, J. (2015). Prevalence, associated factors and management of insomnia in prison populations: An integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 24, 13–27.
- Elger, B. S. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a swiss remand prison. *European Journal of Epidemiology*, 19, 665–677.
- Elger, B. S., & Sekera, E. (2009). Prospective evaluation of insomnia in prison using the pittsberg sleep quality/index: Which are the factors of predicting insomnia? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 206–217.
- Elger, BS (2007). Insonnia nei luoghi di detenzione: una revisione dei risultati della ricerca più recente. *Medicina, scienza e diritto*, 47 (3), 191 – 199 . <https://doi.org/10.1258/rsmmsl>.
- Ellis, J. G., Gehrman, P., Espie, C. A., Riemann, D., & Perlis, M. L. (2012). Acute insomnia: Current conceptualizations and future directions. *Sleep Medicine Reviews*, 16(1), 5–14.
- Ellis, J. G., Cushing, T., & Germain, A. (2015). Treating acute insomnia: A randomized controlled trial of a “singleshot” of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep*, 38(6), 971–978.
- Fazel, S. E Danesh, J. (2002). Gravi disturbi mentali in 23.000 detenuti: una revisione sistematica di 62 indagini. *Lancet (Londra, Inghilterra)*, 359 (9306), 545 –

550 . [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

- Griffiths, C. E Hina, F. (2022). Prevalenza dell'insonnia dei detenuti, fattori associati all'insonnia e interventi con il sonno come risultato: una revisione e un'analisi narrativa. *Giornale internazionale della salute dei prigionieri*, 18 (1), 27 – 42 . <https://doi.org/>
- Hassan, L., Edge, D., Senior, J., & Shaw, J. (2013). Staff and patient perspectives on the purpose of psychotropic prescribing in prisons: Care or control? *General Hospital Psychiatry*, 35, 433–438. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.01.012 [Crossref] [PubMed] [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The phq-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093 [Crossref] [PubMed] [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Manber, R., Bernert, RA, Suh, S., Nowakowski, S., Siebern, AT, & Ong, JC (2014). CBT per l'insonnia in pazienti con gravità dei sintomi depressivi alta e bassa: aderenza ed esiti clinici. *FOCUS*, 12 (1), 90–98. doi:10.1176/appi.focus.12.1.90 [Crossref] , [Google Scholar]
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York, NY: Guilford Press.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. [Crossref] [PubMed] [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Morin, CM e Benca, R. (2012). *Insomnia cronica*. *La Lancetta*, 379 (9821), 1129 – 1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Randall, C., Nowakowski, S., Ellis, J. G. (2018). Managing Acute Insomnia in Prison: Evaluation of a “One-Shot” Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) Intervention. *Behavioral Sleep Medicine*, 17 (6), 827-836.
- Roth, T. (2007). *Insomnia: definizione, prevalenza, eziologia e conseguenze*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3 (5 Suppl), S7 – S10 .
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45–56. [PubMed] [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Taylor, DJ e Pruiksma, KE (2014). *Terapia cognitiva e comportamentale per l'insonnia (CBT-I) nelle popolazioni psichiatriche: una revisione sistematica*. *Rassegna internazionale di psichiatria* , 26 (2), 205–213. doi:10.3109/09540261.2014.902808 [Taylor & Francis Online] [PubMed] [Web of Science ®] , [Google Scholar]
- Trockel, M., Karlin, BE, Taylor, CB, Brown, GK, & Manber, R. (2015). Effetti della terapia cognitivo comportamentale per l'insonnia sull'ideazione suicidaria nei veterani. *Sonno* , 38 (2), 259–265. doi:10.5665/sleep.4410 [Crossref] [PubMed] [Web of Science ®] , [Google Scholar]
- Webb, M. (2017). *Suicide in prison. the encyclopedia of corrections* (pp. 1–2). New York,

USA: Wiley. [[Google Scholar](#)]