

COLIN A. ESPIE
edizione italiana a cura di LAURA PALAGINI

SUPERARE L'INSONNIA

COME DORMIRE MEGLIO CON LA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE



Erickson

L'insonnia è tra i disturbi più diffusi nel mondo occidentale industrializzato: in forma grave o lieve, cronica o occasionale, colpisce un numero crescente di persone. È una patologia fortemente invalidante poiché ha ripercussioni importanti sulla sfera emotiva, cognitiva, personale e somatica di chi ne soffre. Secondo le attuali linee guida internazionali, tra i trattamenti di elezione e che hanno dimostrato maggiore efficacia vi è la terapia cognitivo-comportamentale, la quale aiuta a disinnescare i pensieri negativi e disadattivi che generano e mantengono il disturbo del sonno.

Questo libro è un vero proprio manuale di auto-aiuto, che accompagnerà il lettore passo per passo in un percorso psicoterapeutico, attraverso un linguaggio chiaro e semplice, numerosi esempi e utili esercizi, migliorandone significativamente la qualità del sonno e di conseguenza della vita.

ISBN 978-88-590-1669-4



€ 17,00

SOMMARIO

Ringraziamenti	IX
Prefazione all'edizione italiana di <i>Liborio Parrino</i>	XI
Premessa	XV
Prefazione di <i>Peter Cooper</i>	XVII
Introduzione	1

PARTE I – COMPRENDERE L'INSONNIA

Introduzione alla prima parte	5
1 Il sonno normale	7
2 Le alterazioni fisiologiche del sonno	21
3 I disturbi del sonno e l'insonnia	29
4 Le conseguenze dell'insonnia	41

PARTE II – COME COMBATTERE L'INSONNIA E DIVENTARE UN BUON DORMITORE

Introduzione alla seconda parte	49
5 Individuare i propri problemi di insonnia (prima settimana)	51
6 Comprendere il sonno e l'insonnia (seconda settimana)	63
7 Igiene del sonno e tecniche di rilassamento (terza settimana)	75
8 Riprogrammare il ritmo del proprio sonno (quarta settimana)	89
9 Combattere la "mente che pensa troppo" (quinta settimana)	99
10 Procedure conclusive (sesta settimana)	113

PARTE III – PROBLEMI PARTICOLARI

Introduzione alla terza parte	123
11 Cosa è necessario sapere a proposito dei farmaci ipnotici?	125
12 Riconoscere e affrontare gli altri disturbi del sonno	131
Glossario	141

PREMESSA

Sto scrivendo questa premessa durante il mio anno sabbatico presso l'Università di Laval, a Quebec City. Mi ero ripromesso di terminarne la stesura circa quattro settimane fa, ma penso di essere in ritardo di circa un mese. In ogni caso, per un lavoro di questa portata, non è poi così grave. Così è la vita, giusto?

Le priorità e le pressioni che riceviamo in ambito accademico sono così tante che la maggior parte di noi spende tutto il proprio tempo facendo ricerca, analizzando dati, scrivendo articoli scientifici e insegnando ai propri studenti. Chi di noi svolge anche attività clinica cerca di ritagliarle spazio tra le suddette occupazioni. In questo contesto, scrivere un libro divulgativo potrebbe essere considerato un *hobby* o una perdita di tempo. Ma quale scopo avrebbe il nostro sapere se non fosse condiviso per migliorare la vita delle persone? Questo dilemma mi ha tormentato per un po' di tempo.

L'anno scorso, comunque, dopo esser stato contattato dall'editore, ho deciso finalmente di scrivere questo libro! Sono sicuro che anche gli altri autori di questa serie eccellente, ideata da Constable e Robinson, sul "self help" nel trattamento cognitivo-comportamentale dei vari disturbi, si siano sentiti come me. Nel bene e nel male, questo è il mio libro. Mi sono sentito veramente bene scrivendolo, perché mi consente di mettere a disposizione di tutti le conoscenze sui trattamenti per l'insonnia che per anni abbiamo sviluppato e studiato.

In questo libro troverete una guida pratica e completa al trattamento cognitivo-comportamentale dell'insonnia, nel modo in cui viene effettuato nel mio centro del sonno a Glasgow. Anche se non mi sarà possibile trattare ogni singola e particolare forma del disturbo, sono sicuro che questo manuale vi sarà di aiuto per superare e combattere l'insonnia. Vi auguro di avere successo nel metterne in pratica i suggerimenti e di riuscire a dormire bene!

Colin A. Espie

Professore di Psicologia Clinica

Direttore del centro del sonno dell'Università di Glasgow, Scozia

1

IL SONNO NORMALE

COS'È IL SONNO?

Potreste essere sorpresi, ma vorrei iniziare spiegando cosa il sonno *non è*. Questo è importante, perché il sonno e i suoi meccanismi sono spesso difficili da comprendere.

Prima di tutto, non si tratta semplicemente di una condizione in cui lo stato di veglia è assente. Addormentarsi non significa spegnere un interruttore, così come svegliarsi non vuol dire riaccenderlo. Sembrerebbe, altrimenti, che il sonno e la veglia fossero due entità distinte e situate a due poli estremi. In realtà, le cose non stanno esattamente in questo modo. Quando siete nello stato di veglia, siete sicuri di essere sempre “totalmente svegli”? In maniera simile, quando dormite non sempre state dormendo.

Inoltre, bisogna chiarire come il sonno non sia un processo di “inattività” rispetto allo stato di veglia, ma come anzi esso sia l'esatto contrario: durante il sonno, infatti, il nostro corpo è impegnato in molte attività totalmente “vitali”. Esso, di fatto, è parte integrante della nostra vita e non qualcosa di separato da essa. Avrete sicuramente sentito dire che l'essere umano spende almeno un terzo della sua vita dormendo. Il fatto che quando dormiamo siamo in uno stato di “incoscienza” e abbiamo le capacità mnesiche disattivate per gran parte del tempo non significa che il sonno sia uno stato della nostra vita “passivo”.

Quindi, *cosa è?* Il famoso scienziato israeliano dr. Peretz Lavie scrisse una volta un libro semi-autobiografico sulla sua esperienza

nello studio del sonno, intitolandolo “Il meraviglioso mondo del sonno”. Per me questo titolo fa bene intendere cosa esso sia nella nostra vita: qualcosa di ricco, diverso e prezioso, e allo stesso tempo affascinante e misterioso. Noi non viviamo solamente quando siamo svegli!

Andiamo dunque ad esplorare la nostra vita durante il sonno.

Numerosi studi, compiuti mediante registrazione dell'attività cerebrale notturna nei laboratori del sonno, hanno dimostrato come questo sia un processo molto complesso. Il sonno è costituito da diversi sottotipi e stadi, che sono organizzati in una serie di cicli che si ripetono durante la notte. È durante il sonno che i nostri tessuti si riparano e che l'attività di alcuni ormoni è alla massima potenza. Ad esempio, l'ormone della crescita nei bambini è nella sua massima attività durante la notte e da qui nasce il detto che “si cresce dormendo”! Vi sono vari esempi di come alcuni processi somatici e fisici avvengano durante il sonno, ma vi sono anche molte evidenze di come, durante lo stesso, sia presente un'attività mentale.

Stiamo parlando della nostra capacità di sognare: ovviamente non sempre ci ricordiamo i sogni, ma quando ce li ricordiamo significa che abbiamo pensato anche mentre dormivamo. Affascinante!

REGISTRARE IL SONNO IN LABORATORIO

Per comprendere meglio la complessità dei processi del sonno, potrebbe essere utile capire come esso viene analizzato negli appositi laboratori.

Chi studia il sonno prende in considerazione tre tipi di misure.

1. L'attività elettrica cerebrale, che viene misurata mediante l'elettroencefalogramma notturno (EEG). Questa misurazione consente di distinguere lo stato di veglia da quello di sonno e anche di distinguere i vari stadi del sonno.
2. L'attività muscolare, che viene misurata mediante l'elettromiografia (EMG) e che è diversa tra la veglia e il sonno e anche fra gli stadi del sonno.
3. I movimenti oculari, che vengono misurati mediante l'elettrooculogramma (EOG), una misurazione molto particolare che consente di distinguere i vari stadi del sonno.

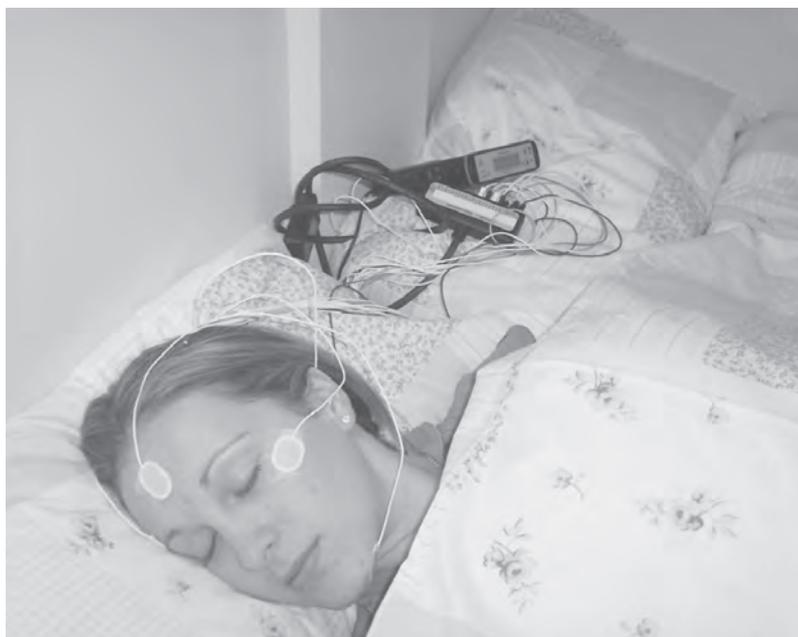
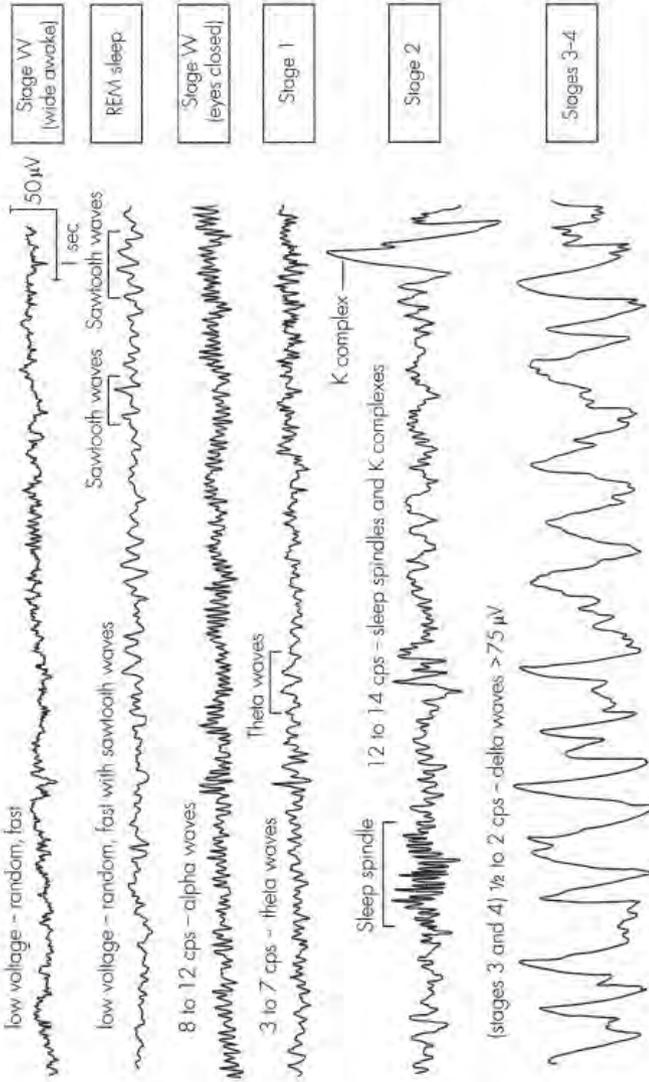


Figura 1.1. *Registrazione poligrafica presso un laboratorio del sonno: posizionamento tipico degli elettrodi sullo scalpo.*

La figura 1.1 mostra come avviene la registrazione nel laboratorio del sonno: gli elettrodi vengono posti in alcune localizzazioni prestabilite dello scalpo, e in tal modo viene registrata l'attività elettrica cerebrale. Sembra poco confortevole; in realtà, ciò non disturba il sonno ed è possibile effettuare la registrazione contemporanea dei tre parametri EEG, EMG e EOG, tracciando la cosiddetta *polisonnografia*. La figura 1.2 illustra l'attività elettroencefalografica notturna, nella quale si possono vedere le differenze tra i vari stadi del sonno e la veglia.

GLI STADI DEL SONNO

Vediamo subito come si caratterizza lo stato di veglia, che a volte viene chiamato stadio W (*wakefulness*=veglia). Nella figura 1.2 potete vedere come il tracciato sia caratterizzato da onde cosiddette veloci, frequenti e basse. Un tracciato di veglia di questo tipo prevede la cosiddetta attività *beta*. Da notare la differenza



Nella fase 1 e nella fase REM del sonno il cervello produce onde rapide simili a quelle che si riscontrano quando siamo svegli. Questo indica che in queste fasi c'è un'attività mentale sottostante. Nelle fasi non-REM dalla 2 alla 4 si verifica un graduale rallentamento dell'attività cerebrale e il sonno si fa via via più profondo.

Figura 1.2. Registrazione polisomnografica che mostra le caratteristiche delle diverse fasi del sonno.

che intercorre tra i tracciati di veglia della prima e della terza riga. Il tracciato della terza riga si riferisce allo stato di veglia a occhi chiusi, in cui si distinguono alcune onde veloci (8-12hrz) che vengono chiamate onde *alpha*.

Non appena ci si addormenta, si passa dallo stato di veglia allo stadio 1 del sonno, che è caratterizzato da onde meno frequenti (3-7hrz) conosciute come attività *theta*. Nella figura 1.2 non sono visibili le attività muscolari e oculari dello stadio 1, ma, in questa fase, si riscontrano un rilassamento dell'attività muscolare rispetto allo stato di veglia all'EMG e un'iniziale manifestazione di movimenti oculari di tipo rotatorio di lieve entità all'EOG.

Lo stadio 1 ha una durata breve, perché si passa velocemente allo stadio 2, il quale, come potete vedere nella figura 1.2, è caratterizzato all'EEG da frequenze miste (alcune veloci, alcune lente). Questo stadio, comunque, è contraddistinto da formazioni caratteristiche che compaiono ripetutamente e che consentono di identificarlo. Tali formazioni caratteristiche sono i cosiddetti *complessi-K*, che prendono il nome dalla forma dell'onda, e gli *sleep-spindles*, che sono invece formazioni costituite da treni di onde ad alta frequenza (12-14hrz), i quali compaiono in maniera intermittente nel tracciato.

Nonostante lo stadio 2 costituisca circa il 50% del sonno dell'uomo, esso è poco rappresentato nella prima fase del sonno. Nella prima parte della notte, infatti, si passa molto velocemente al sonno più profondo, caratterizzato dagli stadi 3 e 4, detti anche *Delta Sleep*, o sonno a onde lente, perché l'EEG è caratterizzato da onde ampie e a bassa frequenza (1/2-2hrz). Si parla di stadio 3 se il sonno *delta* occupa dal 20 al 30% di un periodo di trenta secondi e di stadio 4 se esso ne occupa più del 50%. Il sonno profondo è anche detto "sonno sincronizzato", perché l'attività elettrica neuronale presenta appunto un ritmo armonico, come si può vedere dalla figura 1.2.

A questo punto dovrebbe essere più chiaro come il passaggio dalla veglia al sonno non sia semplicemente una riduzione dei livelli di coscienza, ma un complicato meccanismo con cui si raggiunge il sonno profondo attraverso complessi passaggi di stadio.

Nel 1953, comunque, due famosi ricercatori di Chicago, il

dr. Kleitman e il suo giovane assistente, il dr. Aserinsky, fecero una scoperta cruciale a proposito del sonno. Essi notarono come, oltre a questi stadi, vi fosse un'altra forma di sonno, durante la quale vi è una grande attività oculare di tipo rotatorio e il resto del corpo è praticamente paralizzato. Venne così coniato, per descrivere questa forma di sonno non ancora conosciuta, il termine *Rapid Eye Movement* (REM). Da allora, gli stadi 1, 2, 3 e 4 sono stati considerati quelli del sonno non REM (o NREM).

Nella figura 1.2 potete vedere come il tracciato EEG durante il sonno REM assomigli molto a quello di veglia o di stadio 1. In ogni caso, il sonno REM è una forma di sonno leggero che mostra caratteristici movimenti all'EOG e una marcata flessione del tono muscolare all'EMG. Sembra anche lo stadio del sonno in cui si effettuano i sogni più vividi e ricchi di componente emotiva. L'attività muscolare, in questa fase, è generalmente assente, salvo in alcune patologie neurologiche o metaboliche, che causano disturbi del movimento durante il sonno REM. Questi ultimi, comunque, non hanno niente a che vedere col sonnambulismo, che invece avviene nel sonno NREM. Tratteremo comunque nei capitoli successivi i disturbi del sonno e le loro caratteristiche.

La registrazione del sonno

La valutazione dei tracciati nei laboratori viene generalmente effettuata da persone esperte nello *sleep staging*, cioè nella lettura degli stadi del sonno. È ancora in uso un metodo standardizzato che è stato sviluppato, alla fine degli anni Sessanta, da Rechtschaffen e Kales. All'inizio, la lettura del tracciato EEG, EOG e EMG veniva effettuata su carta stampata, pagina per pagina, e ogni pagina corrispondeva a un periodo di trenta secondi di sonno, mentre oggi giorno la lettura avviene sul *computer*, che genera il cosiddetto *sleep-report*, un esempio del quale è riportato nella figura 1.3.

Potete vedere come nella parte iniziale vi siano i dati anagrafici della persona: in questo caso, abbiamo inserito un nome fittizio di un paziente che ha sofferto per circa dodici anni di una forma di insonnia detta "psicofisiologica". Vi spiegherò meglio questo tipo di disturbo successivamente. Inoltre, nel *report* sono riportate tutte le notizie relative alla registrazione, come l'orario



DATI IDENTIFICATIVI SOGGETTO

Cognome: **Smith**
 Nome: **John**
 ID 1: **Lab2**
 ID 2: **Night3**
 Data nascita: **14/08/1954**
 Et : **50**

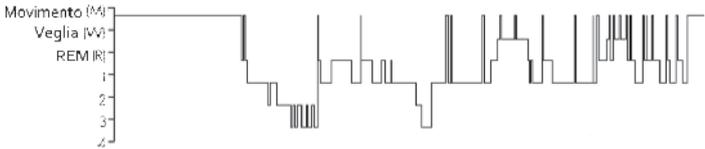
Data: **28/09/2004**
 Ora: **09.22.36**
 Nome file: **JohnSmithLab2Night3**
 Sesso: **MALE**
 Altezza: **176 cm**
 Peso: **75 kg**

Commenti: insonnia psicofisiologica, durata 12 anni.

PARAMETRI DEL SONNO

Intervalli:	30 s		
Tempo a letto:	22:50:30	Tempo totale a letto:	511.00 Min. 8.52 His.
Tempo risvegli:	07:21:00	Tempo totale sonno:	353.50 Min. 5.89 His.
Efficienza del sonno:	69%	Tempo totale veglia:	156.50 Min. 2.61 His.
Latenza di addormentamento:	122.50 Min.		
Latenza primo episodio REM:	213.50 Min.		
Risvegli:	9		
Sveglia dopo addormentamento:	34 Min.		

IPNOGRAMMA



PERCENTUALI DELLE FASI DI SONNO

Veglia:	8.77%	34.00 Min.
Fase 1:	21.81%	84.50 Min.
Fase 2:	47.74%	185.00 Min.
Fase 3:	6.06%	23.50 Min.
Fase 4:	6.19%	24.00 Min.
REM:	9.42%	36.50 Min.
Intervento tecnico:	0.20%	1.00 Min.
Movimento:	0%	0 Min.

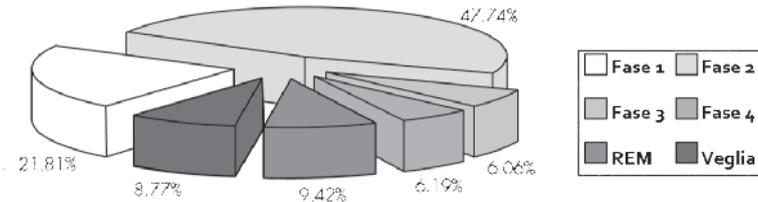


Figura 1.3. Esempio di report riassuntivo di una registrazione del sonno.

di inizio, il luogo, ecc. Successivamente, sono riportati i risultati dei parametri del sonno. Possiamo vedere come il sig. Smith sia andato a letto alle ventidue e cinquanta e si sia alzato alle sette e ventuno del mattino. Questo vuol dire che il tempo trascorso a letto (TL) è stato circa otto ore e mezza, cioè cinquecentoundici minuti. Come potete vedere, però, il sig. Smith non ha dormito per otto ore e mezza! Ha infatti un grave problema di insonnia. Ha impiegato circa centoventidue minuti, cioè più di due ore, ad addormentarsi, e presenta indubbiamente un'alterazione di quella che noi chiamiamo latenza di addormentamento (LS). Da quando si è addormentato, possiamo vedere come abbia avuto nove risvegli e sia stato sveglio in totale, a causa di questi, trentaquattro minuti. Questo parametro viene chiamato tempo di veglia infrasonno (TVI) e, in questo caso, ci indica come i risvegli siano stati tanti, come vi sia un disturbo della continuità del sonno, ma anche come dopo ogni risveglio il soggetto si sia riaddormentato abbastanza facilmente.

Questo tipo di disturbi del sonno, cioè i disturbi dell'addormentamento e della continuità del sonno, sono quelli più frequentemente riportati dalle persone che soffrono di insonnia. Il tempo totale di veglia (TTV) del sig. Smith è stato circa centocinquantasei minuti e il tempo totale di sonno (TTS) cinque ore e cinquantatré minuti. Tutti questi parametri ci forniscono importanti informazioni per poi poter calcolare quella che si chiama efficienza del sonno (ES), che è la variabile fondamentale da valutare nei soggetti con disturbi del sonno. L'ES corrisponde al valore percentuale del rapporto tra il tempo totale di sonno e il tempo trascorso a letto ($TTS/TL \times 100$). In questo caso, il TTS è di trecentocinquantatré minuti, mentre il TL di cinquecentoundici minuti, per cui l'efficienza del sonno è del 69%, quindi molto bassa!! In generale, infatti, si considera patologica un'efficienza del sonno inferiore all'85%, mentre se essa è maggiore dell'85% si ritiene che il sonno sia adeguatamente ristoratore.

Da questo, ovviamente, emerge come non sia tanto importante il tempo di sonno, quanto piuttosto la sua qualità. Ad esempio, sei ore di sonno continuativo possono corrispondere a un'efficienza del sonno del 100%, mentre sei ore di sonno su otto trascorse a letto corrisponderebbero a un'efficienza del sonno del

75%. Vedremo successivamente come il miglioramento dell'efficienza del sonno sia uno dei punti fondamentali del percorso per il trattamento dell'insonnia.

Ritornando alla figura 1.3, osserviamo adesso l'ipnogramma e la percentuale degli stadi del sonno. L'ipnogramma ci offre una visione d'insieme del sonno di questo paziente. Si può vedere, ad esempio, come i risvegli si siano verificati prevalentemente nella seconda parte della notte e come più della metà di questa sia stata trascorsa nello stadio 2. Un 24% della notte è stato trascorso nello stadio 1 e solamente il 13% negli stadi di sonno profondo (stadio 3 e stadio 4). Si può quindi concludere che il sonno del sig. Smith sia stato decisamente "superficiale".

Inoltre, si può vedere come la latenza per il primo episodio di sonno REM, che è il tempo che decorre tra l'addormentamento e il primo ciclo di sonno REM, sia stata di duecentotredici minuti; è stata molto più lunga, quindi, rispetto a quella che viene considerata nella norma, cioè sessanta-settanta minuti. Inoltre, il sig. Smith ha trascorso in sonno REM solo trentasei minuti, che è la metà del tempo che ci si aspetterebbe per un soggetto della sua età. Infine, possiamo vedere nel *report* quanti siano i minuti trascorsi in veglia (fasi W) e come vi sia stato un intervento tecnico durante la notte - forse la verifica della posizione di un elettrodo - grazie al quale la registrazione del sonno è ben riuscita. Non vi è stata, dunque, la necessità di attivare il canale M (movimento), che si utilizza nel caso in cui i canali EEG non effettuino una buona registrazione.

A questo punto, ci si può chiedere se il sonno di questa persona possa essere stato disturbato dalla presenza degli elettrodi e/o dal fatto di dormire in un ambiente diverso dal proprio.

Il dr. Jack Edinger (Durham Medical Centre & Duke University, North Carolina) ha effettuato vari studi al fine di comprendere se nei soggetti insonni sia più indicata la registrazione a domicilio o quella in laboratorio. Da questi studi è emerso come, per i soggetti affetti da insonnia, sarebbe ideale effettuare la registrazione poligrafica notturna a domicilio piuttosto che in laboratorio. Essi, infatti, dormono meglio al di fuori della propria camera e pertanto, paradossalmente, quello che viene registrato in laboratorio è un sonno meno disturbato di quello abituale.

Questi soggetti, inoltre, quando si recano a effettuare la registrazione notturna in un laboratorio, si aspettano di non dormire e, proprio perché hanno delle aspettative molto ridotte rispetto al proprio sonno, nutrono un minor timore di non dormire, e di conseguenza dormono meglio. Come vedremo in seguito, infatti, l'aspettativa è una componente che ha un'incidenza psicologica fondamentale nei soggetti insonni.

L'ESPERIENZA SOGGETTIVA DEL SONNO

Probabilmente non siete mai stati in un laboratorio specifico, ma sono sicuro che avrete in qualche modo tentato di valutare il vostro sonno: ad esempio, cercando di capire quanto tempo impiegate ad addormentarvi, per quanto tempo avete dormito o quante volte vi siete svegliati. In pratica, l'esperienza soggettiva del proprio sonno equivale a ciò che si ricorda di esso e all'idea che se ne ha.

Purtroppo non è tanto facile valutare queste cose accuratamente. Probabilmente avrete tentato di tenere un diario del sonno, in modo da annotarne tutte le caratteristiche per un periodo tale da poter trarre delle conclusioni. Il diario del sonno, in effetti, è una misurazione soggettiva molto importante ai fini dell'inquadramento del proprio problema, a volte più importante delle misurazioni obiettive (registrazioni del sonno). Non è facile, a volte, tradurre le proprie sensazioni in minuti o intervalli di tempo, ma, nel corso del trattamento presentato in questo manuale, vi aiuterò a utilizzare nel miglior modo possibile il diario del sonno, che a livello internazionale è riconosciuto essere lo strumento di valutazione essenziale per questi disturbi. In pratica, ai fini dell'eventuale trattamento, la cosa più importante da fare è la valutazione soggettiva dell'insonnia (da svolgere giorno per giorno).

Ci sono varie forme di insonnia, come vedremo meglio nel capitolo 3. Una delle più comuni è l'*insonnia psicofisiologica*. In questa forma di insonnia, in realtà, l'esperienza soggettiva necessita di essere confermata dalla misurazione obiettiva, cioè dalla poligrafia, poiché la persona può facilmente sovrastimare i propri problemi di sonno. I ricercatori, comunque, hanno evidenziato come sia abbastanza comune avere la sensazione di aver dormito per un tempo minore rispetto a quanto si è realmente dormito. La letteratura scientifica sull'argomento, infatti, conferma come le

persone che soffrono d'insonnia tendano a sovrastimarne la gravità. Questo dato non ci sorprende, dal momento che anche le persone che dormono normalmente, i cosiddetti "buoni dormitori", tendono a compiere i medesimi errori di stima se qualche volta non dormono bene. Ciò suggerisce che la tendenza a sovrastimare i periodi di veglia non sia una caratteristica propria degli insonni, ma un problema legato alla difficoltà di misurare un disturbo come quello del sonno. Durante la notte, in assenza di stimolazione e di attività, il tempo sembra trascorrere molto lentamente (lo sapete perfettamente!).

Un'altra spiegazione ce la forniscono gli studi del dr. Michael Perlis dell'Università di Rochester, New York, USA. Egli suggerisce di modificare i criteri di valutazione della polisonnografia nel caso degli insonni, poiché quelli attuali non sarebbero sufficientemente sensibili per identificare quei brevi momenti di risveglio che corrispondono alla sensazione soggettiva di insonnia. In ogni caso, questo è sicuramente un campo che necessita di studi più approfonditi.

MA IO NON HO CHIUSO OCCHIO TUTTA LA NOTTE!

«Certo che l'hai chiuso», vi avranno risposto e voi avrete ribattuto: «Oh no, non l'ho chiuso!». Fortunatamente, il paragrafo precedente vi ha fatto capire cosa vuol dire percepire il proprio sonno, e come la percezione sia un'esperienza soggettiva. Esiste, comunque, il cosiddetto disturbo da mispercezione del sonno: chi ne soffre è convinto di non dormire, mentre alla polisonnografia notturna il suo sonno può risultare addirittura normale.

Come può essere possibile che vi sia tutta questa disparità tra l'esperienza soggettiva e quella oggettiva? Probabilmente, l'attuale tecnica di registrazione del sonno non è in grado di identificare le caratteristiche di questo tipo di insonnia, tant'è che al momento si parla di insonnia paradossa: in pratica, il soggetto sembra avere un buon sonno alla polisonnografia, ma si lamenta di non dormire. Lo studio di questo disturbo dovrebbe essere l'obiettivo prioritario della ricerca futura: è necessario, infatti, individuare nuovi metodi di registrazione del sonno, al fine di evidenziare il problema che questi soggetti lamentano.