



I Disturbi del Sonno

di Salvatore Di Salvo

Il sonno fisiologico

La registrazione elettroencefalografia dell'attività elettrica cerebrale (EEG), del respiro, del battito cardiaco, dell'attività muscolare e oculare permette di differenziare diverse fasi di sonno. Nell'addormentamento vi è un progressivo rallentamento dell'attività elettrica registrata sul tracciato EEG, con aumento della sincronizzazione e comparsa di onde lente e complessi elettrici rapidi, riduzione del tono muscolare, assenza di movimenti rapidi degli occhi e comparsa di sporadici movimenti oculari lenti, rallentamento e regolarizzazione del respiro e della frequenza cardiaca. Dopo circa 90 minuti dall'inizio del sonno si ha la prima fase REM, comparsa di movimenti oculari rapidi (*Rapid eye movements*, da cui il nome di sonno REM), irregolarità nella frequenza cardiaca e respiratoria. Il sonno REM nel neonato è pari al 50% del sonno totale, mentre nel giovane si riduce al 20% per poi restare percentualmente invariato con il passare degli anni.

Il sonno è stato a lungo considerato dai fisiologi come un fenomeno passivo necessario al corretto funzionamento del sistema nervoso centrale. Le ricerche successive hanno invece evidenziato l'intervento di fenomeni attivi nella regolazione del ritmico alternarsi del sonno e della veglia. La regolarità e la stabilità del ciclo sonno-veglia sono il risultato di un processo maturativo che si esaurisce durante i primi mesi di vita extrauterina: il sonno acquisisce così una ritmicità ed evolve differenziandosi qualitativamente e quantitativamente. Le fasi di sonno e l'alternarsi ciclico del sonno e della veglia rientrano in una regolazione dipendente dall'ipotalamo e sono sensibili a stimoli esterni (quali il ciclo luce-oscurità), a fattori interni (variazioni ormonali e della temperatura corporea), a fattori genetici, psicologici, ambientali e socio-culturali.

Il sogno

A Freud va il merito di avere scoperto la dimensione psicologica dei sogni, anche se già prima di lui in tutte le culture si era in qualche modo data rilevanza all'attività onirica come interpretazione di avvenimenti e di fenomeni, come predizione e auspicio per il futuro o come manifestazione del volere divino. Mentre l'analisi del contenuto del sogno viene fatta da molto tempo, la causa e la modalità dei sogni sono oggetto di studio recente. La registrazione dell'attività elettrica cerebrale mediante EEG e dell'attività somatica (muscolare e oculare) ha identificato una fase, definita di sonno REM, come quella preferenziale dell'attività onirica. Risvegliando un soggetto mentre è in

questa fase di sonno si ottiene il racconto verbale del sogno in modo accurato e vivido, molto più che risvegliando lo stesso soggetto in una fase non-REM.

Diffusione dei disturbi del sonno

Le alterazioni del sonno più diffuse sono l'insonnia e la sonnolenza diurna. Secondo i dati emersi da varie ricerche, il 15% della popolazione adulta soffre di un'insonnia persistente, mentre il 2% lamenta la presenza di sonnolenza durante le ore diurne. La frequenza di disturbi del ritmo sonno-veglia cresce progressivamente con l'età. Nei soggetti anziani le difficoltà riguardano la continuità del sonno notturno, frammentato da frequenti risvegli, e il risveglio mattutino molto anticipato rispetto ai ritmi abituali, mentre nei soggetti più giovani l'insonnia si manifesta con la difficoltà nel prendere sonno. La richiesta di prescrizioni mediche di ipnotici e il loro uso aumenta nell'età avanzata ed è maggiore nel sesso femminile.

Disturbi d'inizio e mantenimento del sonno

Le caratteristiche principali dell'insonnia consistono nella difficoltà dell'addormentamento, nel mantenimento di un sonno continuato oppure nella sensazione di non trarre ristoro da una notte di sonno. La diagnosi di insonnia richiede la presenza di tale disturbo almeno da tre settimane, deve essere associata ad uno stato di affaticamento e deve interferire con la vita sociale e lavorativa.

Un sonno insufficiente, poco ristoratore o presente in momenti inappropriati della giornata, determina un calo nel rendimento lavorativo, aumenta le tensioni emotive, la reattività in ambito familiare e lavorativo e può danneggiare lo stato di salute.

È inoltre importante stabilire da quanto tempo è presente: una transitoria alterazione del ritmo sonno-veglia può essere legata a particolari condizioni fisiche o psichiche, ad esempio una malattia organica oppure una tensione emotiva o un lutto. Se invece il disturbo persiste per oltre tre settimane è necessaria un'accurata raccolta d'informazioni sul sonno del paziente: quantità, durata, orari, comparsa di fenomeni quali, ad esempio, l'uso di farmaci, alcolici, caffeina. L'importanza di un'adeguata anamnesi sul ritmo sonno-veglia consente di individuare più facilmente la causa del disturbo. L'insonnia, infatti, non è una malattia, ma un sintomo di diverse condizioni patologiche, psichiche o fisiche, oppure di un'alterazione di un equilibrio ambientale o situazionale. È caratterizzata da una sensazione spiacevole di riduzione o d'inadeguatezza del sonno e il paziente lamenta difficoltà a addormentarsi, frequenti risvegli durante la notte, risveglio mattutino anticipato alle prime ore dell'alba, sonnolenza e affaticabilità diurna, superficialità del sonno con facilità ad avvertire rumori disturbanti oppure semplicemente la sensazione di dormire troppo poco.

L'insonnia si evidenzia soprattutto nelle prime ore della notte, indipendentemente dall'età, mentre il tempo trascorso in veglia nelle ore finali della notte aumenta con il passare degli anni sia negli insonni sia nei normali dormitori.

È possibile tracciare un profilo del tipico insonne cronico caratterizzato da:

- difficoltà di addormentamento;
- maggiore quantità di risvegli;
- sonno più superficiale;
- maggiore quantità di veglia intrasonno e di veglia totale durante la notte;
- qualità ed efficienza di sonno variabili da una notte all'altra;
- elevata attività del sistema neurovegetativo sia prima sia durante il sonno.

Tutte queste misure non sono però alterate in maniera univoca negli insonni e non è possibile pertanto considerare tale patologia omogenea obiettivamente né, tanto meno, soggettivamente.

Disturbi del sonno e Disturbi Depressivi

Nella depressione il sonno è in genere alterato nei suoi aspetti di continuità e durata e non ha le sue normali qualità di recupero e di riposo. L'insonnia depressiva, più spesso di tipo centrale o terminale, preannuncia spesso l'inizio del disturbo dell'umore, ne accompagna il decorso e la sua scomparsa preannuncia la risoluzione dalla crisi depressiva.

L'ipersonnia, in associazione ad altri sintomi quali l'aumento di appetito e di peso, l'anergia e disturbi sessuali, può manifestarsi come un sintomo precoce destinato a permanere per l'intera fase depressiva oppure può scomparire con l'aggravarsi del disturbo dell'umore e lasciare il posto ad uno stato di insonnia. La tendenza dei depressi a rimanere a letto durante il giorno non coincide con veri e propri periodi di sonno. Talora, nella depressione, l'eccessiva sonnolenza può essere indice di un meccanismo di difesa o di ritiro di fronte a situazioni non direttamente affrontabili.

I rapporti tra sonno e patologia depressiva sono costituiti, nella maggioranza dei depressi, da un tempo di sonno ridotto a causa dell'alta incidenza dei risvegli e della precocità del risveglio finale, mentre la difficoltà di addormentamento, più frequente nei soggetti giovani, gioca un ruolo meno importante. È comunque presente un'estrema variabilità dei valori quantitativi da un soggetto all'altro, in momenti diversi del decorso della malattia e da notte a notte, specie nei soggetti più gravemente depressi.

Il primo passo nel trattamento della depressione associata ad insonnia consiste nella cura del disturbo depressivo. Di solito l'insonnia recede con la somministrazione degli antidepressivi e la ripresa del sonno può essere considerata come un indicatore di miglioramento del quadro depressivo. Alcuni farmaci SSRI (sertralina ed il nefazodone) o NASRI (mertazapina), a causa dei

modesti effetti sedativi ed assenza di proprietà stimolanti, sono in genere più efficaci, mentre altri (fluoxetina, paroxetina, e venlafaxina) possono peggiorare l'insonnia.

Un ipnotico a breve emivita può essere necessario all'inizio del trattamento, nell'attesa che si verifichi la risposta antidepressiva (due-tre settimane).

Il trattamento delle depressioni ansiose spesso include anche l'associazione di benzodiazepine che interagiscono positivamente con i farmaci antidepressivi nei riguardi dell'insonnia.

La terapia dell'ipersonnia è in rapporto con la causa del disturbo. L'ipersonnia depressiva risponde di solito favorevolmente al trattamento con antidepressivi ad azione prevalentemente disinibente. L'associazione di una psicoterapia al trattamento farmacologico è spesso utile per l'insonnia poiché identifica e modifica i conflitti da cui originano sia l'insorgenza della depressione sia i disturbi del sonno.

Almeno la metà dei pazienti con disturbo distimico (depressione cronica) lamenta insonnia e reagisce favorevolmente, in modo simile ai pazienti affetti da depressione maggiore, oltre che ai trattamenti antidepressivi, anche agli interventi psicoterapeutici.

Disturbi del sonno e Disturbo Bipolare

La sindrome maniacale si associa costantemente ad un'alterazione del ritmo sonno-veglia: tanto più marcato è lo stato di esaltazione del tono dell'umore, tanto più il sonno è disturbato, con grave riduzione quantitativa, difficoltà di addormentamento, precoci e frequenti interruzioni e ridottissima durata. L'esperienza soggettiva dell'insonnia dei pazienti che soffrono di sindrome maniacale è ben diversa da quella dei pazienti depressi: i maniaci, infatti, non la vivono come un disturbo, non sembra risentirne e anzi, spesso, si sentono pieni di energie.

Durante le fasi di depressione successiva, però, questi stessi pazienti possono avere ipersonnia o riferire stanchezza e letargia. La regolazione del sonno nei pazienti bipolari è importante perché la sua privazione può favorire episodi maniacali e compromettere la stabilizzazione dell'umore.

Il trattamento dell'insonnia presente nel Disturbo Bipolare s'identifica con la cura del disturbo dell'umore e si avvale dell'impiego di stabilizzatori del tono umorale (sali di litio, carbamazepina, acido valproico).

Disturbi del sonno e Disturbi Ansiosi

L'ansia libera, fluttuante o connessa a disturbi fobici ed ossessivo-compulsivi disturba il sonno e ne condiziona la percezione negativa. A sua volta il sonno disturbato accentua lo stato d'ansia e si viene così ad instaurare un circolo vizioso.

L'insonnia indotta dall'ansia si manifesta più spesso con difficoltà ad iniziare il sonno e/o a mantenerlo. E' sempre presente una componente soggettiva di sonno ridotto e non riposante: il ricordo di sensazioni d'angoscia durante il sonno, i sogni inquietanti e i risvegli pervasi da ansia sono alla base della convinzione, in questi soggetti, di aver riposato male o di aver trascorso molto tempo svegli. La privazione di sonno determinata dall'ansia si riflette poi sull'esperienza soggettiva della veglia, potendo condizionare ipersensibilità al dolore, difficoltà nei processi di attenzione e memoria, modificazioni vegetative (tachicardia, fame d'aria, ecc.) che rinforzano, a loro volta, lo stato di ansia.

L'ansia, classicamente considerata la causa più frequente di insonnia, può essere anche responsabile dell'ipersonnia. Il sonno, infatti, è facilmente disturbato dall'ansia, ma può anche costituire un meccanismo di difesa dall'ansia stessa, dal momento che consente il distacco del soggetto dalla realtà.

Il trattamento dell'insonnia correlata all'ansia o ad un disturbo ansioso specifico, si avvale dell'impiego di benzodiazepine ipnoinducenti. Non vi è consenso tuttavia sulla scelta del tipo di preparato da usare nelle varie forme di insonnia ansiosa. Per quella transitoria associata a fugaci stati ansiosi sono considerate più efficaci le benzodiazepine a breve emivita, come ad esempio l'alprazolam, a causa dei modesti fenomeni di accumulo. Per l'insonnia protratta, connessa a disturbi ansiosi specifici, risulta più opportuna la somministrazione di molecole ad emivita lunga, come ad esempio il lorazepam, i cui effetti residui si rivelano utili anche sullo stato ansioso diurno.

Nella pratica medica, come dimostrano anche le ricerche di mercato, sono molto utilizzate come ipnoinducenti le benzodiazepine a rapido assorbimento ed emivita brevemedica, come ad esempio flurazepam e nitrazepam, o quelle utilizzate come comuni ansiolitici, quali il diazepam o il bromazepam. Spesso l'insonnia da disturbi ansiosi e l'ipersonnia legata a meccanismi difensivi dall'ansia rispondono bene alla psicoterapia.

La terapia delle insonnie

Le "pillole per dormire" vengono prescritte con estrema facilità a pazienti che lamentano un sonno scadente o scarso. In questa categoria di farmaci sono comprese sostanze che agiscono deprimendo l'attività del SNC e che vengono assunte con lo scopo di indurre il sonno.

La categoria farmacologica più utilizzata è quella delle benzodiazepine e dall'immissione sul mercato della prima benzodiazepina ipnoinducente, il flurazepam, nel 1970, questa famiglia di farmaci ha scalzato i vecchi ipnoinduttori (barbiturici, cloralio idrato). Il successo delle benzodiazepine è dovuto alla loro scarsa tossicità; la loro azione si manifesta a livello centrale

mediante la facilitazione della trasmissione nervosa mediata dal GABA, neurotrasmettitore inibitorio molto diffuso nel SNC.

I farmaci più usati prima dell'avvento delle benzodiazepine erano i barbiturici. Tale categoria farmacologica creava non pochi problemi: la tossicità era alta e sviluppavano una progressiva assuefazione all'effetto ipnoinducente, avvertita dal paziente come una graduale perdita di efficacia. La temporanea sospensione del farmaco induceva fenomeni di astinenza e la ricomparsa aggravata dell'insonnia, tanto da rafforzare nel paziente la dipendenza dal farmaco.

Pur avendo ridotto molti dei problemi sopra citati, le benzodiazepine possono creare inconvenienti soprattutto con l'uso cronico. Il sonno può essere frammentato da frequenti risvegli, soprattutto nella seconda parte della notte, conseguente al fatto che il farmaco perde la sua efficacia.

La sospensione brusca dei farmaci comporta una grave insonnia associata a nausea, dolori muscolari, irrequietezza motoria, ansia. Inoltre il sonno è caratterizzato da un aumento consistente del REM, cronicamente inibito dai farmaci assunti in precedenza.

Tutte le benzodiazepine sono efficaci come ipnoinduttori e la scelta di un composto e della dose da usare va fatta secondo le caratteristiche dell'insonnia sulla quale s'interviene. La prima cosa di cui va tenuto conto è la gravità dell'insonnia, l'impatto che ha sulla vigilanza diurna, la durata del sintomo. Nel caso abbastanza frequente di un'insonnia occasionale, determinata da uno stress o da un cambio di fuso orario, il trattamento farmacologico non è necessario oppure la scelta cade su una benzodiazepina a brevissima emivita per una o due notti.

Nei disturbi del sonno presenti da almeno due settimane fino a tre mesi sarebbe indicata l'applicazione di una corretta igiene del sonno, l'abolizione di alcool, caffeina e di ogni farmaco che interferisca con il sonno e, nei casi resistenti, l'assunzione di farmaci ipnoinduttori a breve emivita.

L'insonnia viene considerata cronica quando persiste da alcuni mesi. In tali casi va innanzitutto valutata la concomitanza di altre patologie, nel qual caso la terapia è essenzialmente orientata alla loro risoluzione (ad esempio nel caso di un disturbo depressivo la terapia primaria è quella con antidepressivi) e solo successivamente s'imposta la terapia ipnoinduttrice.

Le caratteristiche principali per scegliere il tipo di ipnotico da utilizzare sono: l'assorbimento, la distribuzione, l'emivita, la presenza di eventuali metaboliti attivi e gli effetti collaterali. Tanto più l'assorbimento è rapido tanto più veloce sarà l'addormentamento: l'attività ipnoinducente si esplica solitamente tra 20 e 45 minuti dall'assunzione. Il mantenimento del sonno è strettamente correlato all'emivita del farmaco, che può variare da 3 a 80 ore. Questa variabilità dipende dalla frequente presenza di sostanze attive provenienti dal metabolismo del farmaco principale.

L'emivita, inoltre, risulta allungata negli anziani a causa della minore capacità di metabolizzazione. Gli ipnotici a lenta eliminazione sono quindi indicati nel trattamento dell'insonnia persistente,

quando il paziente presenti una significativa componente ansiosa o quando si voglia ottenere un'azione sedativa per tutto il giorno, valutando ad ogni modo il rischio di una riduzione delle prestazioni.

Gli ipnotici a breve emivita (fino a 5 ore) invece, non determinano accumulo, limitando la loro azione alle sole ore notturne e sono pertanto indicati nell'insonnia transitoria e nell'insonnia a breve termine, quando non si voglia compromettere la vigilanza diurna e si voglia mantenere elevato il livello prestazionale, nelle persone anziane.