



## **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 è presente il progressivo rallentamento dell'attività elettrica cerebrale, l'aumento della sincronizzazione, la comparsa di onde lente e complessi elettrici rapidi, la riduzione del tono muscolare, l'assenza di movimenti rapidi degli occhi, la comparsa di sporadici movimenti oculari lenti e il rallentamento e la 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) e 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 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 del sonno e l'alternarsi ciclico sonno/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) e 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 l'attività onirica era stata utilizzata per l'interpretazione di avvenimenti o per la predizione di eventi futuri. Mentre l'analisi dei contenuti del sogno è presente da molto tempo, la causa e la modalità dei sogni sono oggetto di studi recenti. La registrazione dell'attività elettrica cerebrale mediante EEG e dell'attività somatica (muscolare e oculare) hanno identificato la fase REM come quella preferenziale dell'attività onirica. Risvegliando un soggetto mentre è in tale fase

si ottiene il racconto del sogno in modo accurato e vivido, molto più che risvegliandolo in una fase non-REM.

### *Diffusione dei disturbi del sonno*

Le alterazioni più diffuse sono l'insonnia e la sonnolenza diurna. Secondo i dati emersi da varie ricerche, il 15% della popolazione adulta soffre d'insonnia persistente, mentre il 2% lamenta sonnolenza durante le ore diurne. La frequenza di disturbi del ritmo sonno-veglia cresce progressivamente con l'età. Nei soggetti anziani le difficoltà riguardano frequenti interruzioni del sonno notturno e risveglio mattutino anticipato rispetto ai ritmi abituali, mentre nei soggetti più giovani l'insonnia si manifesta più spesso con difficoltà di addormentamento. La richiesta di prescrizioni mediche d'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 d'insonnia richiede la presenza del disturbo da almeno 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 del rendimento lavorativo, aumenta le tensioni emotive, la reattività in ambito familiare 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. Se invece il disturbo persiste per oltre tre settimane è necessaria un'accurata raccolta d'informazioni sul sonno: 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 d'individuare più facilmente la causa del disturbo. L'insonnia, infatti, non è una malattia, ma un sintomo di diverse condizioni patologiche, psichiche e fisiche oppure di un'alterazione dell'equilibrio ambientale o relazionale. È caratterizzata dalla spiacevole sensazione di riduzione o 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.

Nel tipico insonne cronico sono presenti:

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

### *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.

L'ipersonnia, in associazione ad altri sintomi quali l'aumento di appetito e di peso, l'anergia e disturbi sessuali, può manifestarsi come sintomo precoce destinato a permanere per l'intera fase depressiva oppure può scomparire con l'aggravarsi del disturbo dell'umore e lasciar posto all'insonnia. La tendenza dei depressi a rimanere a letto durante il giorno non coincide con veri e propri periodi di sonno. Talora la sonnolenza eccessiva 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 notturni e, soprattutto, della precocità del risveglio mattutino, mentre la difficoltà di addormentamento è meno frequente. È in ogni modo 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 del trattamento consiste nella cura del disturbo depressivo. Di solito l'insonnia migliora con la somministrazione degli antidepressivi e la ripresa del sonno può essere considerata un indicatore di miglioramento del quadro depressivo. Alcuni SSRI (sertralina ed il nefazodone) o NASRI (mertazapina), per via degli effetti sedativi e dell'assenza di proprietà stimolanti, sono in genere più efficaci, mentre altri (fluoxetina, paroxetina, e venlafaxina) possono peggiorare l'insonnia.

Un ipnotico a breve emivita<sup>1</sup> può essere necessario all'inizio del trattamento, nell'attesa della risposta antidepressiva (due-tre settimane).

Il trattamento delle depressioni ansiose spesso include anche l'associazione di benzodiazepine che potenziano l'azione degli antidepressivi nei confronti dell'insonnia.

La terapia dell'ipersonnia è in rapporto alla causa del disturbo e di solito risponde positivamente agli antidepressivi ad azione prevalentemente disinibente.

L'associazione della psicoterapia al trattamento farmacologico è spesso utile poiché individua e modifica i conflitti da cui originano sia la 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 che soffrono di depressione maggiore, oltre agli antidepressivi, anche alla psicoterapia.

### *Disturbi del sonno e Disturbo Bipolare*

Nella sindrome maniacale è sempre presente l'alterazione del ritmo sonno-veglia: tanto più marcato è lo stato d'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 depressi: i maniaci, infatti, non la vivono come un disturbo, non sembrano 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. La cura coincide con quella del Disturbo stesso e consiste nell'impiego degli 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 questo, a sua volta, accentua lo stato d'ansia, instaurando 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

---

1

Si definisce emivita o tempo di dimezzamento il tempo necessario perché la concentrazione del farmaco nel plasma si dimezzi, perdendo la sua efficacia terapeutica. Il valore di emivita esprime l'efficienza dei processi di eliminazione e dipende dalla funzionalità dei sistemi di eliminazione. I farmaci con emivita breve sono eliminati rapidamente, quelli con emivita lunga sono, invece, eliminati lentamente

sono alla base della convinzione, in questi soggetti, di aver riposato male o di aver trascorso molto tempo svegli. La privazione di sonno ha conseguenze, durante la veglia, in forma di ipersensibilità al dolore, difficoltà nei processi di attenzione e memoria, modificazioni vegetative (tachicardia, fame d'aria, ecc.) che, a loro volta, rinforzano lo stato ansioso.

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

Il trattamento consiste nell'utilizzo di benzodiazepine ipnoinducenti.

Non vi è consenso unanime sulla scelta del tipo di preparato da usare nelle varie forme d'insonnia ansiosa. Per quella transitoria associata a fugaci stati ansiosi sono considerate più efficaci le benzodiazepine a breve emivita, come ad esempio l'alprazolam, per via dei modesti fenomeni di accumulo. Per l'insonnia presente nei disturbi ansiosi quali Disturbo da Attacchi di Panico o Disturbo d'Ansia Generalizzato, è 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. 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" sono prescritte con estrema facilità a pazienti che lamentano un sonno scadente o scarso. Come accennato in precedenza, 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 sostituito i vecchi ipnoinduttori (barbiturici, cloralio idrato). Il successo delle benzodiazepine è dovuto alla scarsa tossicità e la loro azione si esplica mediante la facilitazione della trasmissione nervosa mediata dal GABA, neurotrasmettitore molto diffuso nel SNC.

I farmaci più usati prima dell'avvento delle benzodiazepine erano i barbiturici che avevano tossicità elevata e sviluppavano una progressiva assuefazione all'effetto ipnoinducente, avvertita dal paziente come una graduale perdita di efficacia. La temporanea sospensione del farmaco induceva, inoltre, 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 prolungato. Il sonno può essere frammentato da frequenti risvegli, soprattutto nella seconda parte della notte, come conseguenza della perdita della loro efficacia. La sospensione brusca dei farmaci determina 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 ipnoinducenti e la scelta del composto e della dose è dipendente dalle caratteristiche dell'insonnia sulla quale s'interviene. La prima cosa di cui bisogna tenere conto è la gravità dell'insonnia, l'impatto che ha sulla vigilanza diurna, la durata del sintomo. Nel caso abbastanza frequente d'insonnia occasionale, causata da stress o da cambio di fuso orario, il trattamento 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 è 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 ipnoinducenti a emivita breve.

L'insonnia è considerata cronica quando persiste da più di tre 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 si utilizzano gli ipnoinducenti.

I principali parametri per la scelta del tipo d'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 manifesta solitamente dopo 20-40 minuti dall'assunzione e il mantenimento del sonno è strettamente correlato all'emivita del farmaco. L'emivita, inoltre, è allungata negli anziani a causa della minore capacità di metabolizzazione.

Gli ipnotici a lenta eliminazione sono indicati nel trattamento dell'insonnia persistente, quando il paziente presenta un'elevata componente ansiosa o per ottenere un'azione sedativa anche durante la giornata, valutando il rischio di una riduzione della vigilanza diurna.

Gli ipnotici a breve emivita (fino a cinque ore) invece, non determinano accumulo, limitano la loro azione alle sole ore notturne e sono pertanto indicati nell'insonnia transitoria e in quella a breve termine, quando si vuole mantenere elevato il livello prestazionale e nelle persone anziane.