

Salvatore Di Salvo

# I disturbi del sonno



*Associazione  
per la Ricerca  
sulla Depressione*

## ***I Disturbi del Sonno***

### *Il sonno fisiologico*

La registrazione elettroencefalografia dell'attività elettrica cerebrale (EEG) permette di differenziare diverse fasi di sonno.

Nella fase di addormentamento è presente il progressivo rallentamento dell'attività elettrica cerebrale, l'aumento della sincronizzazione, la comparsa di onde lente e complessi elettrici rapidi.

Compaiono, inoltre, sporadici movimenti oculari lenti, riduzione del tono muscolare, rallentamento e regolarizzazione del respiro e della frequenza cardiaca.

Dopo circa 90 minuti dall'inizio del sonno si ha la 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, 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 di ipnotici e il loro uso aumenta nell'età avanzata ed è maggiore nel sesso femminile.

#### *Disturbi d'inizio e di mantenimento del sonno*

Chi soffre di disturbi d'inizio e di mantenimento del sonno lamenta difficoltà a addormentarsi, frequenti risvegli durante la notte, sonnolenza e affaticabilità diurna, superficialità del sonno con facilità ad avvertire rumori disturbanti oppure semplicemente la sensazione di dormire troppo poco. La diagnosi d'insonnia richiede la presenza del disturbo da almeno tre settimane, deve essere associata ad uno stato di affaticamento diurno e deve interferire con la vita sociale e lavorativa. Un sonno insufficiente, poco ristoratore o presente in momenti inappropriati della giornata determina il 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, 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 o di un'alterazione dell'equilibrio ambientale o relazionale.

#### *Disturbi del sonno e Disturbi Depressivi*

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

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 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 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 privazione può favorire episodi maniacali e compromettere la stabilizzazione dell'umore. La cura è 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 a prendere 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 ha conseguenze, durante la veglia, in forma d'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.

Il trattamento consiste nell'utilizzo di benzodiazepine ipnoinducenti.

Nell'insonnia 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 risponde 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 con 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, conseguenti alla 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 dall'aumento consistente della fase REM, precedentemente inibita dalle benzodiazepine assunte.

La scelta del composto e della dose da utilizzare dipende dalle caratteristiche dell'insonnia sulla quale s'interviene: bisogna tenere conto della gravità dell'insonnia, dell'impatto che ha sulla vigilanza diurna e della durata del sintomo.

Nel caso d'insonnia occasionale, causata da stress o da cambio di fuso orario, il trattamento non è necessario oppure va scelta 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 ad 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.

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.

Come accennato in precedenza, 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, quando si vuole mantenere elevato il livello prestazionale e nelle persone anziane.