



## C'è chi dorme e c'è chi veglia: i principali disturbi del sonno nell'adulto

Il sonno è una delle attività che da sempre hanno affascinato l'uomo per un insieme di fenomeni quasi misteriosi, alcuni non ancora del tutto chiariti, che accadono nel corpo e nella mente del dormiente. E collegate all'affascinante mondo del sonno, in cui trascorriamo circa un terzo della nostra vita, sono sorte suggestive pratiche e credenze, più o meno scientifiche, come l'ipnopedia, l'ipnoterapia, le onde alpha, il *problem solving* onirico, i sogni premonitori e, non ultima l'interpretazione psicanalitica dei sogni, tanto per citare alcune tra le più note.

Ciò che è certo è che non c'è un passaggio immediato dallo stato di veglia e quello di sonno, ma una graduale transizione attraverso livelli di coscienza decrescenti che vanno dall'ipervigilanza, alla vigilanza, alla vigilanza distesa o rilassata, per poi passare all'addormentamento, quindi alla fase di sonno leggero e a quella di sonno profondo, clinicamente caratterizzato da risveglio difficile. La zona di confine tra la veglia ed il sonno, in cui sembra si possa beneficiare dei positivi effetti del sonno pur non dormendo, è quella della vigilanza distesa. Scesi a tale livello di coscienza si possono sperimentare vari curiosi fenomeni come ad esempio le immagini ipnagogiche (percezioni che si manifestano nel corso dell'addormentamento) e ipnopompiche (percezioni che compaiono al momento del risveglio), cui si sono voluti associare episodi di chiaroveggenza e premonizione unitamente a momenti di massima espressione della creatività e di un più facilitato apprendimento. Tali peculiarità vanno riscontrate pure durante cosiddetta vigilanza onirica che coincide con lo stadio REM del sonno. L'evento più probabile che avviene in tale stato in cui i bulbi oculari si muovono velocemente (in inglese "*rapid eye movement*", da cui l'acrostico Rem) è l'attività onirica e dal punto di vista elettroencefalografico vengono registrate le, tanto discusse, onde a (alfa) . Qui si giunge solitamente dopo 70/90 minuti dall'addormentamento, vi si rimane per alcuni minuti, si scende poi in un sonno progressivamente più profondo, non-REM, caratterizzato da quattro fasi di profondità cui le due finali, (III e IV) dominati da onde cerebrali lentissime (d , delta), quindi si fa ritorno allo stadio REM per altre 3 volte nel corso della notte per periodi vieppiù lunghi che, assieme, sommano circa il 20%-25% del sonno totale. Così nel corso della notte si alternano ciclicamente periodi di sonno non-REM e sonno REM da 4 a 6 volte per notte: il primo ciclo non-REM/REM ha una durata che oscilla dai 70 ai 100 minuti, quelli successivi dai 90 ai 120 minuti. Ma non per tutte le persone la notte si presenta così ben strutturata. Non tutti godono durante le ore notturne di un sonno regolare e





soprattutto ristoratore: circa il 30% della popolazione soffre anche durante la giornata per un sonno disturbato.

Questi fastidiosi disturbi vengono convenzionalmente distinti in disturbi della quantità, qualità o ritmo del sonno (dissonnie) e parasonnie, caratterizzate quest'ultime dalla presenza di un evento anomalo indesiderato nel corso del sonno o nel passaggio tra la veglia ed il sonno.

L'insonnia, il più conosciuto e anche più diffuso dei disturbi del sonno, rientra tra le **dissonnie** e come tale riguarda i tempi e la qualità stessa del sonno. Ai fini terapeutici è importante sapere di che tipo di *insonnia* si soffre dal momento che si riscontra una insonnia iniziale che riguarda l'addormentamento tardivo, solitamente dopo 30 minuti dal coricamento, una insonnia di mantenimento che fa riferimento alle interruzioni di sonno nel corso della notte (risvegli notturni) ed infine un'insonnia detta terminale, caratterizzata da risveglio precoce con difficoltà di riaddormentamento prima dell'ora prestabilita. Il procedimento diagnostico, che consentirà poi di predisporre una specifica terapia ad personam, una volta stabilito il tipo di insonnia in relazione al periodo in cui tale difficoltà si manifesta, passa a distinguere un'insonnia transitoria, che si manifesta occasionalmente (come ad esempio l'*insonnia da altitudine*, dovuta ad un temporaneo soggiorno ad alta quota) da un'insonnia persistente, caratterizzata da episodi frequenti (tre volte alla settimana) che durano per più di un mese. E' importante pure, ai fini di un intervento terapeutico, riuscire ad individuare le possibili cause dell'insonnia che, molto schematicamente, possono riferirsi ad una patologia organica internistica (come ad esempio certe sindromi dolorose tipo l'ulcera, l'asma bronchiale, le cardiopatie, l'artrite, e altre condizioni mediche generali), all'uso e all'abuso di sostanze tossiche psicoattive (in particolare: alcol, caffeina, nicotina e certi psicofarmaci), oppure ad una neuropatologia o ad una psicopatologia (solitamente disturbi d'ansia, dell'umore, dell'"adattamento" o malattie mentali). In tutti questi casi viene diagnosticata un'insonnia secondaria che orienta il trattamento verso il disturbo principale di cui l'insonnia è la diretta conseguenza. Le insonnie primarie, apparentemente non collegate a disturbi organici o mentali, sono dovute prevalentemente a fattori esperienziali o psicofisiologici (abitudini erronee incompatibili col sonno, pregiudizi dovuti a disinformazione, convinzioni soggettive disfunzionali, inadeguato controllo del sistema sonno-veglia, eccessiva attivazione fisiologica).

Come per ogni psicopatologia anche per l'insonnia è necessaria una accurata valutazione prima di procedere ad uno specifico intervento psicoterapico, sintomatologico ed eziologico, dell'insonnia. La valutazione comporta una serie di colloqui clinici in cui si raccolgono informazioni sui sintomi lamentati dal paziente, sulla storia di tali sintomi (inizio, decorso, peggioramenti o miglioramenti), sulla storia del paziente e di altri suoi disturbi e sulle abitudini igienico-alimentari (farmaci compresi) che possono causare o mantenere l'insonnia, a volte viene sentita pure la persona che





vive con il paziente in quanto è da considerare clinicamente la tendenza a sovrastimare il disturbo lamentato, tanto che mentre "l'insonne" riferisce di non dormire, il convivente, quale osservatore esterno, solitamente più attendibile, può ridimensionare il disturbo. Tipico a questo riguardo il caso della *insonnia da errata percezione del sonno* in cui si manifesta una notevole discrepanza fra le valutazioni del sonno soggettive ed oggettive. Ci si serve pure di "diari del sonno", per monitorare informazioni che spesso passano inosservate dallo stesso paziente.

Tra le dissonnie, si riscontrano, assieme ai vari tipi di insonnia, disturbi con sintomatologia diametralmente opposta: le *ipersonnie*, caratterizzate da eccessiva sonnolenza diurna persistente e quasi quotidiana e da un molto lento passaggio dal sonno allo stato di veglia (ubriacatura di sonno) con compromissione delle attività sociali ed occupazionali. Un tipo particolare di ipersonnia è la *narcolessia* che si manifesta con "attacchi di sonno" una o più volte durante la giornata da pochi minuti a poco più di un'ora e possibile diminuzione del tono muscolare (cataplessia). Come per l'insonnia, anche nella valutazione clinica dei disturbi da eccessiva sonnolenza, vanno ricercate prioritariamente eventuali cause, organiche e psichiatriche (solitamente depressione, ma anche schizofrenia o altre psicopatologie).

Quando nella vita di una persona sono presenti sia problemi di insonnia sia di ipersonnia il ritmo sonno-veglia viene desincronizzato e si tratta allora di un *disordine del ritmo circadiano sonno-veglia* che può presentarsi a fase di sonno anticipata (andar dormire e svegliarsi troppo presto) ovvero ritardata (nei "nottambuli") rispetto ai desiderata del soggetto con conseguente difficoltà di ottemperare agli impegni sociali, oppure il ritmo è irregolare con alternarsi di episodi di sonno-veglia disorganizzati e variabili nel corso delle 24 ore. Altri due categorie di sfasamento del ciclo veglia-sonno fanno riferimento rispettivamente al salto dei fusi orari per rapidi spostamenti, occasionali o abitudinari, transmeridiani in jet (*jet lag syndrome*), e ai turni lavorativi a rotazione (sindrome dei turnisti). Per tali disordini relativi al ritmo circadiano il trattamento che, in tanti casi, ha riscosso maggiori successi è la fototerapia o terapia della luce (*light therapy*) consistente nell'esposizione del paziente ad una particolare apparecchiatura professionale erogante luce ad ampio spettro, sovrapponibile a quello solare, di intensità di almeno 2500 lux, associata ad altre metodiche non farmacologiche di prima scelta.

Altre dissonnie (*sindrome delle apnee morfeiche, ostruttive e centrali, e sindrome da ipoventilazione alveolare centrale*) sono associate a disfunzioni respiratorie caratterizzate da sospensione del flusso dell'aria attraverso il naso e la bocca per almeno 10 secondi, che portano ad eccessiva sonnolenza o ad insonnia.

Le **parasonnie** sono condizioni cliniche caratterizzate dalla presenza, durante il sonno o nel passaggio tra questo e lo stato di veglia, di eventi anomali indesiderati. Tali sono





gli incubi notturni e il *sonniloquio* (parlare durante il sonno), presenti durante i periodi Rem, il *terrore nel sonno* (*pavor nocturnus*) ed il *sonnambulismo*. Questi due ultimi fenomeni compaiono nel III e IV stadio del sonno Non-Rem. Durante un tipico episodio di terrore notturno la persona si risveglia improvvisamente, disorientata e confusa, si siede sul letto con espressione spaventata e segni di intensa ansia ed inizia a gridare, senza ricordo di storie di sogni, come negli incubi; dura da 1 a 10 minuti e la mattina seguente solitamente non rimane ricordo dell'episodio. Il sonnambulismo, il più misterioso ed affascinante tra i disturbi del sonno, comporta l'alzarsi della persona dal letto e l'attivare varie sequenze comportamentali fino a camminare, per un tempo massimo di 30 minuti, senza che questa sia cosciente dell'episodio o possa ricordarlo più tardi. Tra le tante altre parasonnie si possono qui menzionare a titolo di curiosità: i *risvegli confusionali*, nella prima parte della notte, da alcuni minuti a diverse ore, ma senza terrore o deambulazione, le *mioclonie notturne* (contrazioni muscolari rapide), la *sindrome delle gambe senza riposo*, il *bruxismo* (digrignamento dei denti) e l'*enuresi* (perdita involontaria, incontrollata e massiccia di urina)

Per tutti i disturbi qui descritti c'è possibilità di risoluzione con interventi mirati non necessariamente di tipo farmacologico. Una valutazione attenta del disturbo collegata ad una visita psicologica specialistica associata all'utilizzo di appropriati strumenti psicodiagnostici porta ad intervenire sia con efficaci tecniche psicoterapiche, cognitivo-comportamentali, sia con specifica terapia psicologica strumentale (*biofeedback*, *light therapy* e alcune *brain machines* ad missione di stimoli ottici o sonori) su ciò che causa e sostiene il disturbo lamentato, sia si tratti di parasonnie dove i motivi scatenanti solitamente si possono far risalire ad eventi stressogeni, sia si tratti di forme dissonniche, dove può richiedersi anche un iter diagnostico più approfondito.

## L'INSONNIA

Il sonno è una delle attività che da sempre hanno affascinato l'uomo per un insieme di fenomeni quasi misteriosi, alcuni non ancora del tutto chiariti, che accadono nel corpo e nella mente del dormiente. E collegate al mondo misterioso del sonno, in cui l'uomo trascorre circa un terzo della sua vita, sono sorte suggestive teorie, più o meno scientifiche, come l'ipnopedia, le onde alpha, il problem solving onirico e, non ultima l'interpretazione psicanalitica dei sogni, tanto per citare alcune tra le più note.

Ciò che è certo è che non c'è un passaggio immediato dallo stato di veglia e quello di sonno, ma una graduale transizione attraverso livelli di coscienza decrescenti che vanno dall'ipervigilanza, alla vigilanza, alla vigilanza distesa o rilassata, per poi passare all'addormentamento, quindi alla fase di sonno leggero e a quella di sonno profondo, clinicamente caratterizzato da risveglio difficile. La zona di confine tra la veglia ed il





sonno, in cui sembra si possa beneficiare dei positivi effetti del sonno pur non dormendo, è quella della vigilanza distesa. Scesi a tale livello di coscienza si possono sperimentare vari curiosi fenomeni come ad esempio le immagini ipnagogiche, cui si sono voluti collegare episodi di chiaroveggenza, ed eventi che hanno a che vedere con la massima espressione della creatività e con un più facilitato apprendimento. Tali peculiarità vanno riferite pure alla cosiddetta vigilanza onirica che coincide con lo stadio REM del sonno. Qui si giunge solitamente dopo 90 minuti dall'addormentamento, vi si rimane per alcuni minuti, si scende poi in un sonno profondo non-REM, caratterizzato da quattro stadi di cui i due finali, dominati da onde cerebrali lentissime (d), quindi si fa ritorno alla fase REM per altre 3 volte nel corso della notte per periodi viepiù lunghi che, assieme, sommano circa il 20% del sonno totale. L'evento più probabile che avviene in tale stato in cui i bulbi oculari si muovono velocemente (in inglese "rapid eye movement", da cui l'acrostico Rem) è l'attività onirica e dal punto di vista elettroencefalografico possiamo riscontrare le tanto discusse onde a . Ma non per tutti è così. Non a tutti è dato di godere di tali fenomeni o rientrare con regolarità negli schemi presentati. Sono queste, circa il 30% della popolazione, le persone sofferenti da disturbi del sonno.

L'insonnia è il più conosciuto e anche più diffuso dei disturbi del sonno. Ai fini terapeutici è importante sapere di che tipo di insonnia si soffre dal momento che diagnosticamente si riscontra una insonnia iniziale che riguarda l'addormentamento tardivo, solitamente dopo 30 minuti dal coricamento, una insonnia di mantenimento che fa riferimento alle interruzioni di sonno nel corso della notte (risvegli notturni) ed infine un insonnia detta terminale, caratterizzata da risveglio precoce con difficoltà di riaddormentamento prima dell'ora prestabilita. Il procedimento diagnostico, che consentirà poi di predisporre una specifica terapia ad personam, una volta stabilito il tipo di insonnia in relazione al periodo in cui tale difficoltà si manifesta, passa a distinguere un'insonnia transitoria, che si manifesta occasionalmente da un'insonnia persistente, caratterizzata da episodi frequenti (tre volte alla settimana) che durano per più di un mese. A questo punto il procedimento valutativo si sposta alle cause dell'insonnia che possono essere di origine organica, come le sindromi dolorose tipo l'ulcera, l'asma bronchiale, le cardiopatie, l'artrite, altre cause fanno riferimento all'uso di sostanze psicoattive (alcol ed amfetamine in particolare) altre ancora si associano a vari disturbi psichiatrici. In tutti questi casi viene diagnosticata un'insonnia secondaria. Si parla di insonnia specifica quando si collega a apnea da sonno, mioclonie notturne e sindrome delle gambe senza riposo. Si riconosce poi una insonnia primaria, apparentemente non collegata a disturbi organici o mentali, ma dovuta a fattori di personalità esperienziali o psicofisiologici (abitudini erronee incompatibili col sonno, pregiudizi dovuti a disinformazione, pensieri disturbanti, attivazione fisiologica). Infine l'insonnia idiopatica, senza una causa nota.





Come per ogni psicopatologia anche per l'insonnia è necessaria una accurata valutazione prima di procedere all'intervento psicoterapico sintomatologico ed eziologico dell'insonnia. La valutazione comporta una serie di colloqui clinici in cui si raccolgono informazioni sui sintomi lamentati dal paziente, sulla storia di tali sintomi (inizio, decorso, peggioramenti o miglioramenti), storia del paziente e di altri suoi disturbi e abitudini igienico alimentari (farmaci compresi) che possono causare o mantenere l'insonnia, a volte viene sentita pure la persona che vive con il paziente.

Tale disturbo, oggi può essere risolto con interventi mirati tramite efficaci tecniche psicoterapiche su ciò che causa e sostiene l'insonnia, non necessariamente facendo ricorso a farmaci.

