



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo L'insonnia
Data 26 febbraio 2006 alle 13:28:00
Autore R. Rossi

Rossi:

L'insonnia è una delle principali cause di consultazione in medicina generale. Si stima che circa il 25-30% dei pazienti ultrasessantenni soffra (o ritenga di soffrire) di un qualche disturbo del sonno. Nei pazienti più giovani la percentuale è minore, attestandosi sul 5-10%. Oltre a provocare uno scadimento della qualità di vita l'insonnia può tendere alla cronicizzazione.

I pazienti che lamentano questo disturbo per mesi hanno una probabilità elevata di andare incontro anche a problematiche di tipo psichico, soprattutto depressione.

Ressa:

Mi sembra che l'insonnia rappresenti un esempio interessante di quanto la pratica medica quotidiana si discosti dalle raccomandazioni codificate e teoriche delle linee guida.

Quest'ultime, infatti, enfatizzano molto l'approccio non farmacologico che però, almeno secondo la mia esperienza, trova uno spazio limitato, specialmente negli anziani, cioè in quei malati che più soffrono di tale patologia. Ma andiamo con ordine. Come si può classificare l'insonnia?

Rossi:

L'insonnia viene classificata in maniera diversa. Una distinzione è quella che si basa sui caratteri clinici oppure sulla durata.

Classificazione in base ai caratteri clinici

- a) Insonnia da ridotta durata del sonno
- b) Insonnia da risveglio precoce
- c) Insonnia da difficoltà ad addormentarsi

Classificazione in base alla durata

- a) Insonnia transitoria
- b) Insonnia persistente o cronica

Ressa:

Tuttavia bisogna notare che nello stesso paziente possono coesistere forme miste (per esempio ridotta durata del sonno e risvegli precoci), mentre altre volte vengono riferiti disturbi del sonno non immediatamente classificabili in una delle categorie precedenti (per esempio soggetti che riferiscono innumerevoli risvegli e riaddormentamenti durante la notte). E' chiaro, inoltre, che la definizione di sonno di durata ridotta o di risveglio precoce è arbitraria perché si tratta di aspetti molto soggettivi.

Rossi:

Oltre a questo giova ricordare che spesso l'insonnia è un sintomo molto soggettivo.

In realtà vi è una certa discordanza tra la valutazione soggettiva che fa il paziente del suo disturbo e le valutazioni oggettive che si possono fare in un "laboratorio del sonno". È stato osservato (paragonando le affermazioni dei pazienti con registrazioni fatte in una clinica del sonno) che soggetti che riferivano di soffrire di insonnia da giorni in realtà arrivavano a dormire per parecchie ore in modo continuo. È probabile però che il loro non fosse un sonno riposante ed efficace, donde la riferita insonnia.

In questo campo assistiamo perciò ad una divaricazione tra quello che viene "oggettivato" dalla scienza e quello che "pensa o sente" il paziente. Si tratta di un fenomeno frequente in Medicina Generale: si pensi per esempio al "mal di gola" riferito dal paziente molto disturbante, tale talora da impedirgli di dormire o deglutire ma che all'esame obiettivo appare al medico con un quadro assolutamente povero di segni clinici. In questi casi più che di insonnia parlare di "sonno non efficace": spesso il coniuge conferma che il paziente dorme, ma evidentemente si tratta di un sonno superficiale, non riposante, e il paziente riferisce, erroneamente di non dormire (ma forse non tanto erroneamente se per dormire intendiamo un sonno come Dio comanda).

Ressa:

So di farti una domanda terribile, ma quali sono le cause dell'insonnia? Rossi:

Le cause dell'insonnia sono molte [1,2]. Ma in generale il medico sa già in partenza quanto poco utile sia nella pratica ambulatoriale cercare di definire o di "scoprire" la causa dell'insonnia. In altri termini una diagnosi eziologica dell'insonnia raramente serve a migliorare la gestione del problema. Un'eccezione parziale a questa regola è l'insonnia dovuta all'uso di particolari farmaci in cui la sospensione (se possibile) porta alla scomparsa o all'attenuazione del disturbo. Un'altra eccezione è l'insonnia secondaria a qualche patologia (per esempio scompenso cardiaco, lombalgia, ipertrofia prostatica, sindromi dolorose, ecc.): in questi casi il trattamento della causa può risolvere il disturbo. Comunque le cause dell'insonnia sono millanta:

Cause mediche:

dolore, dispnea, prostatismo, ipertiroidismo, sindrome da astinenza nell'alcolista, demenza, disturbi psichici, sindrome delle gambe senza riposo, sindrome delle apnee notturne, ecc.



Cause psicologiche:

ansia, depressione, problematiche familiari, economiche, lavorative, lutto, divorzio, altri eventi stressanti

Scarsa igiene del sonno:

dormire durante il giorno, coricarsi troppo presto, letto scomodo, condizioni non favorevoli della camera da letto (troppo calda o troppo fredda), abuso di alcol o caffeina, cambiamenti di orari, pasti abbondanti prima di coricarsi, ecc.

Cause farmacologiche:

ormoni tiroidei, calcioantagonisti, contraccettivi orali, betastimolanti, antidepressivi, diuretici, antiparkinsoniani, metilxantine, rebound da sospensione brusca di ipnotici, ecc.

Gli anziani in particolare possono avere molti motivi di preoccupazione o di ansia: solitudine, problemi economici, malattie mediche o mentali, paura di ammalarsi ecc.

Rossi:

Naturalmente spesso queste condizioni si sovrappongono tra loro nello stesso paziente per cui risulta difficilissimo districarle e in ogni caso impossibile agire per modificarle. Si pensi per esempio ad un'insonnia legata a problematiche relazionali/coniugali/economiche, tutte condizioni nelle quali, anche se individuate, il medico non può che limitarsi a generiche pratiche di counselling sulla cui reale utilità vi sarebbe molto da discutere.

Ressa:

E' possibile un approccio non farmacologico all'insonnia?

Rossi:

Bella domanda. Un aspetto cruciale è in effetti quello del trattamento non farmacologico, da tutti consigliato come primo step irrinunciabile che deve precedere la somministrazione del farmaco.

Le raccomandazioni si sprecano e ogni trattato riporta sia consigli per migliorare la qualità e la quantità del sonno sia accorgimenti pratici per ridurre l'ansia e la tensione che possono causare disturbi dell'addormentamento [2]. Molti di questi consigli sono semplici pratiche dettate dal buon senso, altri sono tecniche di rilassamento muscolare difficili da far comprendere e soprattutto da far mettere in atto. Riporto le raccomandazioni che più frequentemente si trovano in letteratura:

Non dormire di giorno

Coricarsi solo quando si avverte sonno

Non leggere o guardare la TV a letto

Non svolgere attività stressanti prima di coricarsi

Se qualche problema vi assilla rimandarlo al giorno dopo ("la notte porta consiglio", anche se e' più facile a dirsi che a farsi)

Non assumere bevande stimolanti o alcol la sera; evitare il fumo

Evitare cene abbondanti

Alzarsi dal letto se non ci sia addormenta in 30 minuti

Svegliarsi sempre alla stessa ora al mattino

Mettere per iscritto le preoccupazioni che impediscono il sonno

Tenere un diario dell'insonnia

Ressa:

Al di là delle buone intenzioni o delle dichiarazioni di principio non resta però che constatare come l'approccio non farmacologico sia difficile. L'esperienza quotidiana dimostra che consigli di questo tipo, condivisibili in linea di principio, non vengono attuati che parzialmente e incostantemente dai pazienti, con risultati scarsi.

Rossi:

E' proprio così, e allora non resta che aggrapparsi ai farmaci.

Ressa:

Come rispondere perciò al paziente che ritiene di dover/poter alleviare "subito" il suo disturbo?

Rossi:

La terapia farmacologica, giudicata spesso una scorciatoia impropria, rappresenta a mio parere una risposta appropriata/possibile e soprattutto spesso l'unica realistica.

Esistono essenzialmente due tipi di farmaci che vengono usati per il trattamento dell'insonnia: gli ipnotici ansiolitici (benzodiazepine) e quelli non ansiolitici (i cosiddetti farmaci Z: zolpidem, zaleplon e zopiclone). I barbiturici sono stati ormai abbandonati [1].

Anche se non ci sono pochi dati al proposito, nelle forme lievi può essere usata la valeriana, talora utile grazie alla sua blanda azione ansiolitica [1].

Gli ipnotici non ansiolitici non sono necessariamente più sicuri delle benzodiazepine né ci sono dati per affermare che, nell'uomo, siano più efficaci. Destano preoccupazione i risultati di uno studio secondo cui lo zolpidem aumenta il rischio di fratture di femore negli anziani rispetto alle benzodiazepine e ad altri psicofarmaci [2] ma si tratta di un dato che richiede conferme. Nelle insonnie transitorie (legate a cambiamenti delle abitudini, malattie intercorrenti, eventi stressanti) la somministrazione di una benzodiazepina è spesso efficace e risolutiva. L'unica avvertenza è quella di rivalutare il paziente dopo breve tempo (15-20 giorni) per una sospensione programmata del farmaco.

Ressa:

E nell'insonnia cronica, quella che più ci dà filo da torcere?

Rossi:



Nell'insonnia cronica e in quella dell'anziano la terapia farmacologica ha un'efficacia minore, spesso i pazienti richiedono un farmaco alternativo, "una medicina più forte" perché non rispondono più all'ipnotico che stanno assumendo. L'efficacia delle benzodiazepine è stata dimostrata in studi clinici per periodi fino a 4 settimane. La durata consigliata del trattamento è fino a 28 settimane [1].

Tuttavia nella pratica clinica si assiste ad un uso cronico dell'ipnotico: studi retrospettivi hanno dimostrato un'efficacia soggettiva anche di anni [1]. Ci sono invece pochi dati per quanto riguarda gli ipnotici non ansiolitici.

Ressa:

Purtroppo gli ipnotici sono gravati da effetti collaterali e dal rischio della dipendenza. Puoi dare alcuni consigli per ridurre questi pericoli? Rossi:

Alcune precauzioni possono aiutare a ridurre il fenomeno di tachifilassi e il rischio di dipendenza:

Usare i dosaggi più bassi efficaci

Scegliere benzodiazepine a breve emivita e senza metaboliti (per es. temazepam, lorazepam, triazolam, brotezolam)

Rivedere periodicamente la necessità del trattamento e proporre periodi di sospensione

Sospendere i farmaci gradualmente

Consigliare somministrazioni intermittenti (3-4 giorni alla settimana)

Gli ipnotici non benzodiazepinici (zolpidem, zaleplon, zopiclone) potrebbero essere una alternativa alle benzodiazepine nel trattamento a lungo termine dell'insonnia perché hanno probabilmente minori rischi di dipendenza e causano meno frequentemente insonnia rebound alla sospensione

Il passaggio da una benzodiazepina ad un ipnotico non benzodiazepinico non è ben standardizzato; è consigliabile ridurre gradualmente la dose della benzodiazepina e introdurre durante questa fase l'ipnotico non ansiolitico

Ressa:

Ho sentito parlare di terapia cognitivo-comportamentale...

Rossi:

La terapia cognitivo-comportamentale consiste in una serie di tecniche che portano a controllare gli stimoli che influenzano il sonno (per esempio svegliarsi sempre alla stessa ora, alzarsi dal letto se non si riesce a prender sonno dopo un lasso di tempo prestabilito, non dormire di giorno), a migliorare l'educazione all'igiene del sonno (per esempio non bere alcolici, non mangiare troppo o non fare attività fisica prima di coricarsi), ad imparare il rilassamento muscolare (contrazione e rilassamento dei muscoli in sequenza). Essa può essere eseguita sia in gruppo che sul singolo e di solito prevede l'intervento di personale specializzato.

Ci sono numerosi studi [5,6,7,8,9,] che ne hanno dimostrato l'efficacia.

Nello stesso tempo la terapia ipnotica negli anziani con insonnia è efficace ma l'effetto sembra modesto a scapito di effetti collaterali che possono annullarne i benefici [10]: bisogna trattare 16 pazienti con un sedativo perché uno abbia un miglioramento della qualità del sonno ma basta trattarne 6 perché uno abbia un effetto collaterale (torpore, astenia, incubi, nausea e disturbi gastrointestinali).

Se queste sono le evidenze di letteratura però abbiamo visto che nella pratica le cose vanno diversamente. Ovviamente qualsiasi medico fornisce ai propri pazienti tutti i consigli necessari ad una buona igiene del sonno ma bisogna notare che quasi sempre si rende necessaria la prescrizione di un ipnotico. In effetti proporre una terapia cognitivo-comportamentale, specialmente al paziente anziano che ha scarsi mezzi di locomozione, si scontra con varie difficoltà, in primis la mancanza di

adeguate strutture con personale specializzato per questo tipo di trattamento che richiede una forte motivazione, la disponibilità di tempo e l'accettazione che i risultati possono vedersi dopo alcune settimane.

Ressa:
In conclusione?

Rossi:

L'insonnia, soprattutto quella cronica, è una patologia di difficile trattamento, in cui le varie opzioni non farmacologiche, da più parti consigliate, sono in genere deludenti e difficilmente utilizzabili nel contesto della pratica di tutti i giorni, anche per la carenza di operatori dedicati.

I farmaci – i cui benefici a lungo termine rimangono incerti – sono, nell'insonnia cronica, una risposta incompleta e richiedono alcune semplici misure per limitare effetti collaterali e fenomeni di dipendenza. La somministrazione degli ipnotici a lungo termine dovrebbe, comunque, essere evitata, trattando ove possibile le cause sottostanti, ma si sa che tra il dire e il fare... I pazienti in trattamento cronico dovrebbero essere aiutati a sospendere l'assunzione dell'ipnotico ricorrendo alla riduzione graduale del farmaco e all'aiuto di un supporto psicologico strutturato [4]. Per questo scopo sarebbero necessarie però figure sanitarie dedicate che attualmente sono assenti nel panorama assistenziale italiano.

Ressa:

Insomma, si potrebbe dire che in mezzo più che il mare ci sta quasi un oceano...BIBLIOGRAFIA

1. Estivill, A. Bov, D. Garca-Borreguero, J. Gibert, J. Paniagua, G. Pin, F.J. Puertas, R. Cilveti and members of the Consensus Group. Consensus on Drug Treatment, Definition and Diagnosis for Insomnia. *Clinical Drug Investigation* 23(6) : 351-385; 2003
2. John W. G. Tiller. The management of insomnia: an update. *Aust Prescr* 2003;26:78-81.
3. Holbrook AM. Treating insomnia. *BMJ* 2004; 329:1198-1199
4. Cosa non va nella prescrizione degli ipnotici? *Drug and Therapeutics Bulletin*. Edizione Italiana 2004, Vol. 13: 89-93
5. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+ In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
6. Edinger JD et al. Cognitive behavioural therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1856–1864
7. Wu R et al. Comparison of sleep condition and sleep-related psychological activity after cognitive-behavior and pharmacological therapy for chronic insomnia. *Psychother Psychosom* 2006 Jun; 75:220-8.



8. Sivertsen B et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. JAMA 2006 Jun 28; 295:2851-8.
9. Morin CM et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). SLEEP 2006;29(11):1398-1414
10. Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005 Nov 19; 331:1169-73.