

50 CONSIGLI PER
DORMIRE
BENE

A cura di Elena Meli
Prefazione di Luigi Ripamonti

In collaborazione con Luigi Ferini Strambi,
direttore del Centro di Medicina del Sonno,
Università Vita-Salute San Raffaele di Milano



*50 CONSIGLI PER
DORMIRE BENE*

A cura di Elena Meli
Prefazione di Luigi Ripamonti
In collaborazione con Luigi Ferini Strambi,
direttore del Centro di Medicina del Sonno,
Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

©2022 RCS MediaGroup S.p.A.

Finito di stampare nel mese di Maggio 2022
per conto di RCS MediaGroup S.p.A.
presso ELCOGRAF

Pubblicazione in abbinamento gratuito a Corriere della Sera

Printed in Italy

Nei Paesi industrializzati dorme oggi, in media, si dorme circa un'ora e mezza in meno rispetto a un secolo fa. E un sonno ridotto o di cattiva qualità può avere ripercussioni sullo stato di salute generale. Le pagine che seguono sono un tentativo di rispondere alle più ricorrenti domande sul sonno dando indicazioni sui rimedi possibili per chi soffre d'insonnia. Dormire bene però, anche per chi non ha questo problema, può essere difficile per altri motivi, come suggeriva Jonathan Crary nel suo libro *24/7, il capitalismo all'assalto del sonno* (Einaudi, 2015). Una riflessione brillante che toccava aspetti filosofici, scientifici, artistici del fenomeno, tratteggiando una vera e propria antropologia critica dello stile di vita contemporaneo nel suo aspetto caratterizzante della veglia globale e ininterrotta, scandita dalla connessione alla mail dell'ufficio 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, da tweet e whatsapp in ogni momento, dal narcisismo che non conosce tramonti sui social-network. Nelle società «avanzate» tutto congiura contro il sonno, ma anche contro la sosta, il silenzio, la pausa, la riflessione. Un frastuono di fondo, una trama sociale satura, senza soluzione di continuità, in cui persino la parola, unità di misura principale della comunicazione, perde valore senza la forza che solo il silenzio e un po' di requie, almeno notturna, saprebbe conferirle. Per godere di più dei molti valori del sonno forse potremmo cominciare a spegnere lo smartphone ed escluderci almeno parzialmente dai social-network: da una certa ora in poi «solo chiamate d'emergenza». Pensiamo ormai che sia davvero impossibile?

Luigi Ripamonti

1 - Il sonno è tutto uguale?

No, è suddiviso in fasi REM e non-REM diverse per il tipo di attività cerebrale rilevabile con un elettroencefalogramma (EEG). Il primo è acronimo di «movimenti oculari rapidi»: gli occhi si muovono, il tracciato dell'EEG è simile a quello del cervello da sveglia ma tutto il resto del corpo è come paralizzato, coi muscoli immobili. Il sonno non-REM invece è diviso in tre stadi: il primo, l'addormentamento, occupa circa il 5 per cento del totale del sonno e comporta esperienze simili al sogno (la sensazione di precipitare, sentire voci e così via); il secondo stadio, che prende circa metà del riposo notturno, è il sonno leggero; nel terzo, il sonno profondo e più ristoratore che occupa circa il 20 per cento del totale, l'EEG ha onde lente e ampie. Nell'arco di una notte il sonno REM e non-REM si alternano 4/5 volte; nella prima parte della notte prevale il sonno profondo, nell'ultima il sonno REM.

2 - Come si indaga la struttura del sonno?

Con la polisonnografia, un test diagnostico per valutare i disturbi del sonno: al paziente, mentre dorme durante la notte in un laboratorio di medicina del sonno attrezzato allo scopo, vengono misurati parametri fisiologici come l'attività cerebrale, i livelli di ossigeno nel sangue, la respirazione e così via. L'esame di tutti questi dati consente di capire per esempio se ci sono apnee notturne, se si hanno alterazioni a carico delle fasi di sonno REM e non-REM e così via; esistono anche polisonnografi portatili per l'esame a domicilio, che però non consentono di valutare assieme attività cerebrale e comportamento e possono monitorare meno funzioni. La polisonnografia non è ancora un test di routine ma in futuro potrebbe diventare utile e più diffuso per capire qualità, struttura e quantità del sonno anche in chi non ha disturbi.

3 - A che cosa serve dormire?

A recuperare le forze e «compensare» le attività svolte durante la veglia; inoltre specialmente nella fase di sonno profondo, grazie alla riduzione del rilascio di cortisolo, l'ormone dello stress, diminuiscono per esempio la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa con un effetto positivo sul rischio cardiovascolare; si producono poi molecole che modulano infiammazione e risposta immunitaria e l'ormone della crescita, fondamentale nella fase di sviluppo di bambini e adolescenti ma anche negli adulti, perché aiuta nella riparazione cellulare. Durante il riposo notturno viene poi liberata la leptina, un ormone prodotto dal tessuto adiposo che blocca lo stimolo della fame aiutando a mantenere il giusto peso; dormire bene e a sufficienza è importante pure per una corretta produzione di insulina e per il metabolismo del glucosio.

Il sonno poi diminuisce l'attività delle zone frontali e prefrontali della corteccia cerebrale, molto attive durante la veglia perché implicate nei movimenti, nel linguaggio, nella pianificazione di azioni e strategie appropriate, nell'inibizione di comportamenti e risposte non adeguate al contesto: far riposare queste zone del cervello è necessario perché funzionino sempre al meglio. Nel cervello il sonno è indispensabile anche per eliminare i radicali liberi, le molecole tossiche prodotte e accumulate durante la veglia, la proteina beta-amiloide implicata nella malattia di Alzheimer. Il sonno profondo non-REM infine è cruciale per l'apprendimento e la memoria grazie alla produzione di molecole che servono alla cosiddetta «plasticità neuronale», il fenomeno per cui le strutture del cervello vengono continuamente plasmate in base agli stimoli che ricevono: tutto ciò consente di compensare entro certi limiti i danni che il cervello può subire, ma anche di stabilizzare la memoria delle esperienze vissute nella veglia.

4 - Che cosa succede durante il sonno REM?

È lo stadio in cui compare la maggior parte dei sogni, in particolare i

più bizzarri e fantasiosi. I neonati trascorrono circa metà del tempo di sonno in questa fase, che contribuirebbe a sviluppare il cervello all'inizio della vita generando stimoli interni che potrebbero compensare la ridotta presenza di stimoli sensoriali nello stato di veglia. Il sonno REM serve anche per migliorare le capacità di risoluzione dei problemi, l'apprendimento e la memoria, perché per esempio aiuta a consolidare quella implicita (non accessibile in modo consapevole e riferita perciò alla conoscenza di abilità, rapporti e procedure acquisiti nel tempo, come il saper andare in bicicletta) e la memoria emozionale, ovvero i ricordi con un forte contenuto emotivo.

5 - Sognare tanto è indice di buon sonno?

Non per forza, anzi: chi ricorda bene i sogni e ha la sensazione di sognare molto può avere in realtà un sonno frammentato, poco riposante e un'attività cerebrale più elevata, come accade agli insonni o a chi fa apnee notturne.

6 - È possibile non sognare mai?

In realtà tutti lo facciamo, ogni notte: il ricordo del sogno però dipende dalla fase del sonno in cui ci si sveglia e dalla stabilità del sonno stesso, perché se non abbiamo risvegli anche solo di breve durata è difficile ricordare il contenuto onirico. C'è poi un'influenza di genere: le donne ricordano i sogni più degli uomini, in parte perché spesso sono più interessate a farlo o più portate a riferire le esperienze emotive. Da bambini e da anziani però non ci sono differenze tra i due sessi.

7 - A che serve sognare?

Il cervello da sveglia pensa, quando dorme sogna: l'attività onirica ci accompagna dall'addormentamento fino agli istanti prima del risveglio ma ce ne ricordiamo solo una parte, quella più strutturata che vivia-

mo durante la fase REM. Tuttavia non sappiamo se sognare abbia uno scopo preciso, se non quello di rispondere alla necessità del cervello di produrre attività cognitiva: si è supposto che aiuti a consolidare la memoria, ma conta dormire più che ricordare i sogni. Esistono infatti gli «anonirici», con danni cerebrali nelle aree dove «nasce» l'attività onirica o si genera il sonno REM, e possono condurre vite del tutto normali. Data la continuità con l'attività cognitiva diurna e la libertà dai vincoli di realtà, il sogno è tuttavia ritenuto una porta d'accesso alla parte più profonda di noi stessi e un mezzo per elaborare le esperienze positive e negative vissute nella veglia.

8 - Uomini e donne dormono in maniera diversa?

Sì, le donne in media sono meno soddisfatte del riposo perché spesso fanno più fatica ad addormentarsi, ma hanno un maggior tempo totale di sonno e passano anche più ore nella fase di sonno profondo, più ristoratore. Non a caso reagiscono meglio in caso di riduzione del normale tempo di sonno: dopo aver fatto le ore piccole lui tende ad essere un po' confuso e assonnato, lei è più in forma e comunque più reattiva. Con l'avanzare degli anni nelle donne c'è poi una progressiva e marcata diminuzione del sonno REM mentre quello più profondo «resiste» meglio; negli uomini accade il contrario.

9 - Quante ore bisogna dormire per stare bene?

La necessità di sonno è individuale, ma per la maggior parte delle persone dormire bene equivale a farlo per circa 7-9 ore nell'arco delle 24 e in genere per breve durata di sonno si intende un tempo inferiore alle sei ore per notte. Nelle diverse fasce d'età cambia la quantità media di sonno raccomandata: un neonato fino a tre mesi dovrebbe dormire dalle 14 alle 17 ore, 12-15 fra i 4 e gli 11 mesi di vita; fra uno e due anni è considerato adeguato un sonno di 11-14 ore, che si accorcia a 10-13 fra

i tre e i cinque anni. Dai sei ai tredici anni vengono raccomandate 9-11 ore di sonno, 8-10 sono quelle ideali per gli adolescenti dai quattordici ai diciassette anni; dalla maggiore età in poi si considerano normali dalle 7 alle 9 ore di sonno, per scendere a 7/8 dopo i 65 anni.

10 - È vero che ai brevi dormitori basta dormire pochissimo?

Esistono le eccezioni in entrambi i sensi, ovvero i dormitori brevi a cui bastano 4-5 ore di sonno e i dormitori lunghi, che per stare bene devono dormirne anche più di 10. Sono circa il 5 per cento della popolazione e sono geneticamente predisposti a dormire un numero significativamente diverso di ore rispetto alla media.

11 - Il ritmo dell'orologio biologico influenza il sonno?

Sì: la collocazione naturale del sonno all'interno della giornata, ovvero quando andare a dormire alla sera e quando alzarsi al mattino, è diversa per ciascuno e definisce il «cronotipo». Quello medio ha un sonno che si colloca tra le 23 della sera e le 7 del mattino; un quinto della popolazione è un «gufo», più attivo e produttivo alla sera, il 5 per cento è un'«allodola» che al contrario va a dormire e si sveglia molto presto. Fatti salvi gli eccessi poco compatibili con la vita quotidiana, è comunque opportuno cercare di assecondare il proprio cronotipo perché scegliendo la finestra giusta per il riposo se ne ottengono tutti i vantaggi.

Va detto che essere gufi è un po' peggio per la salute, perché cresce per esempio la probabilità di diabete, malattie respiratorie, disturbi psicologici. Il ritmo del sonno può tuttavia essere un poco cambiato cercando di esporsi molto alla luce al mattino e di farlo poco alla sera, evitando anche le luci azzurrine degli schermi elettronici: il consiglio vale per tutti, ma soprattutto i gufi alla sera devono dedicarsi ad attività rilassanti, perché qualsiasi cosa che li «accenda» favorisce la loro naturale tendenza a non spegnere i centri della veglia una volta a letto. L'orologio

biologico però è molto potente, basta smettere di seguire le regole per pochi giorni, per esempio in vacanza, perché chi è gufo torni a dormire come tale.

12 - Invecchiando è inevitabile dormire meno?

Dopo i 65 anni la quantità di sonno necessaria per stare bene diminuisce, ma di poco: la «forchetta» adeguata è fra 7 e 8 ore e non si deve scendere al di sotto di 5 ore di riposo, altrimenti cresce il pericolo di fragilità emotiva e anche di depressione. Nella terza età aumentano i risvegli, il sonno è più frammentato e c'è una riduzione più evidente del sonno profondo e ristoratore; inoltre con gli anni si sente la necessità di anticipare di un'ora o due il momento di addormentarsi alla sera perché c'è un'anticipazione del picco minimo della temperatura corporea, che si registra un paio d'ore prima delle 3-4 del mattino, osservazione tipica dell'età adulta. Questa propensione a diventare un po' più «allodole» è comune e più frequente nelle donne. Gli anziani infine, ancora più dei giovani, devono esporsi alla luce solare per un numero di ore sufficiente per ottenere un ritmo equilibrato di alternanza giorno/notte: l'errore peggiore ma molto frequente è stare in casa, magari con le finestre socchiuse, durante gran parte del giorno.

13 - Conta di più il numero di ore dormite o la qualità del sonno?

Entrambi. Molti sopravvalutano l'importanza della durata del sonno: chi lo ha molto frammentato può dormire anche nove ore, ma se la qualità è scarsa al mattino appena sveglio non si sentirà affatto riposato.

14 - Dormire di giorno va bene lo stesso?

Il pisolino diurno dovrebbe durare una ventina di minuti, per cui si può fare se ci si addormenta con facilità e si punta la sveglia dopo poco: così

facendo può avere effetti positivi sulla pressione, l'attività cardiaca, il cervello e l'apprendimento. Se si allunga troppo il rischio è che scatti la cosiddetta «inerzia del sonno», una fase in cui si dorme molto profondamente e svegliarsi diventa difficile, così dopo si è irritabili, deconcentrati, pure più affamati. La pennichella, che asseconda la naturale tendenza ad assopirsi dopo pranzo, non va bene però a chi soffre di insonnia: se il sonno è poco, meglio non disperderlo nell'arco della giornata ma concentrarlo di notte, arrivando ben stanchi alla sera per riuscire ad addormentarsi con più facilità.

15 - Che cosa succede se si passa una notte in bianco?

Per dormire bene serve andare a letto e alzarsi sempre più o meno alla stessa ora: se il ritmo del sonno è regolare, le eccezioni sporadiche non fanno male. Una notte in bianco insomma non è dannosa e lo stesso vale anche se nel fine settimana si resta a letto fino a tardi per recuperare qualche notte troppo corta. Tuttavia la regolarità del sonno è cruciale perché è uno dei meccanismi che aiuta a mantenere sincronizzato l'orologio biologico interno che governa le funzioni dell'organismo in base al ciclo luce/buio: frequenti cambi di orario sfasano il riposo alterando molti parametri fisiologici e ormonali, con ripercussioni negative sulla salute in generale come un maggior rischio di malattie metaboliche e cardiovascolari. In chi soffre di insonnia, poi, i cambi di routine possono essere ancora più deleteri e per esempio dormire molto nel weekend può portare a una domenica notte in bianco semplicemente perché non si è stanchi: se si è insonni è bene non esagerare coi recuperi e semmai puntare la sveglia prima, per avere più sonno alla sera e quindi favorire il ritorno di un buon ciclo sonno-veglia.

16 - Che cosa succede se non si dorme a sufficienza?

La privazione cronica di sonno ha molti effetti negativi ormai accertati,

fra cui l'aumento del rischio cardiovascolare: chi ha problemi di sonno ha più spesso l'ipertensione perché non c'è il calo fisiologico notturno della pressione e della frequenza cardiaca, soffre di più di aterosclerosi perché senza dormire vengono prodotte molecole pro-infiammatorie che danneggiano i vasi, è più spesso obeso o diabetico. Dormendo di meno si tende a mangiare di più e a cercare cibo poco sano, ad alto contenuto calorico, a causa dell'alterazione degli equilibri degli ormoni che regolano fame e sazietà; si è più stanchi, così si fa meno attività fisica e si accumula peso; inoltre, in chi dorme poco si modifica il metabolismo del glucosio con un calo dei livelli di insulina, l'ormone necessario per la gestione degli zuccheri, e una minor tolleranza al glucosio che facilitano la comparsa del diabete.

A livello cognitivo, la riduzione del sonno anche modesta ma costante e continuativa riduce la capacità creativa e di risoluzione dei problemi, favorisce la comparsa dell'ansia, induce problemi di attenzione e concentrazione che peggiorano le prestazioni mentali; inoltre, la mancata «pulizia» dalle molecole di scarto che si accumulano durante la veglia può favorire anche la comparsa di patologie neurologiche.

17 - Che cos'è l'igiene del sonno?

È l'insieme di regole di comportamento e buone abitudini da mettere in pratica per favorire un buon riposo; utile per tutti, è indispensabile per chiunque abbia disturbi del sonno. Ne fanno parte fattori che riguardano lo stile di vita, come dieta ed esercizio fisico, oppure ambientali come le caratteristiche della stanza da letto.

18 - Sigaretta e caffè vanno banditi se si dorme poco?

La caffeina non andrebbe assunta nelle 4-5 ore che precedono il sonno perché è uno stimolante del sistema nervoso centrale e attiva i centri della veglia; si trova nel caffè ma anche in altri alimenti e bevande (tè,

cacao, cioccolato, bibite gassate come cola, soda ed energizzanti) e in alcuni farmaci (analgescici contro il mal di testa, farmaci per il controllo del peso).

Anche la nicotina è uno stimolante centrale e favorisce la veglia: molti, convinti che il fumo funzioni come un rilassante, si concedono le sigarette proprio sul finire della giornata per allentare le tensioni, invece il fumo soprattutto di sera andrebbe evitato.

19 - L'alcol aiuta a dormire?

Pur essendo forse il rimedio ipnotico più utilizzato nel mondo, ha un effetto «doppio» sul sonno che lo rende del tutto sconsigliabile: inizialmente deprime il sistema nervoso, perciò induce il sonno e aiuta ad addormentarsi, ma nella seconda parte della notte, dopo 2-3 ore dall'addormentamento, favorisce i risvegli in parte per gli effetti sul cervello, in parte perché disidratata e quindi può far svegliare per la sete. Inoltre, il consumo di alcol diminuisce il sonno profondo.

20 - Qual è la cena migliore per dormire bene?

Andare a letto a stomaco vuoto può essere controproducente perché la fame può attivare i centri della veglia, ma è altrettanto sbagliata una cena molto abbondante perché un eccessivo impegno nella digestione può creare problemi di continuità del sonno. È utile poi evitare cibi molto ricchi di sodio (come curry, pepe, paprika, patatine, salatini, piatti in cui si è utilizzato dado da cucina o alimenti in scatola) che attivano il sistema nervoso simpatico e favoriscono l'eccitazione generale. No anche ai pasti troppo ricchi di proteine, che impegnano di più la digestione; meglio i carboidrati e i latticini, che contengono triptofano necessario per la produzione di serotonina, neurotrasmettitore che aiuta il sonno. Sì quindi a pasta, riso, pane, orzo, formaggi freschi, yogurt ma anche lattuga, radicchio rosso, cipolla, aglio, zucca, rape, cavolo o uova bollite.

Una tisana a base di erbe con proprietà rilassanti come tiglio, valeriana, melissa o camomilla può aiutare, soprattutto come «rito» che avvicini al riposo.

21 - L'attività fisica aiuta a dormire bene?

Fare abbastanza movimento è importante per stancarsi e arrivare alla sera pronti per addormentarsi, ma l'esercizio di intensità medio-alta non è adatto alle ore della sera perché rischia di «accendere» l'organismo e impedire il rilassamento necessario per dormire; dal tardo pomeriggio in avanti, quindi, meglio scegliere discipline più tranquille che favoriscano l'addormentamento, come lo yoga.

22 - Guardare la TV alla sera è sbagliato?

A letto è meglio evitarlo e prima di andare a dormire sarebbe bene leggere un libro: lo schermo acceso della TV, ma ancor di più quello di computer, smartphone e tablet, emette una luce blu che incrementa i livelli di attenzione e inibisce il rilascio di melatonina, l'ormone «del riposo» che viene prodotto col buio, in prossimità dell'ora di andare a letto. Stando di fronte a uno schermo nelle ore serali si avrà maggiore difficoltà ad addormentarsi (a meno di non crollare sul divano, ma in questo caso poi c'è il rischio di svegliarsi e non riuscire a riaddormentarsi); una, due ore prima di andare a letto quindi, anziché dedicarsi ai social, meglio abbassare le luci e magari, non troppo a ridosso del sonno, fare un bagno caldo.

23 - Perché è bene andare a letto solo quando si ha sonno?

Innanzitutto perché non ci si addormenta «a comando» entrando a letto. Inoltre il buon sonno è favorito dall'associazione mentale letto=sonno, perciò la camera dovrebbe essere usata per dormire e non per lavorare, guardare la TV, mangiare. Per tutti questi motivi bisogna

imparare a riconoscere la differenza tra stanchezza/fatica e sonnolenza, perché solo quest'ultima è il giusto segnale indicativo che è giunta l'ora di andare a letto.

L'associazione letto=sonno «salta» in chi soffre di insonnia perché spesso c'è un condizionamento inverso e i rituali di avvicinamento al letto attivano anziché rilassare, perché si sa che poi finiremo per rigirarci fra le lenzuola a occhi sbarrati; non a caso a volte gli insonni dormono meglio e fanno meno fatica ad addormentarsi in ambienti nuovi. Chi soffre di insonnia, se va a letto presto nel tentativo di aumentare il tempo di sonno, ottiene spesso l'effetto opposto perché aumentano frustrazione, preoccupazione, pensieri intrusivi: è perciò ancora più importante mettersi sotto le coperte solo quando ci si sente sonnolenti.

24 - È meglio alzarsi se non si prende sonno?

Se dopo un quarto d'ora passato letto non si riesce a prendere sonno, meglio andare in un'altra stanza e fare qualcosa di rilassante come leggere, ascoltare musica o al limite guardare un film; sono ovviamente proibiti computer, cellulari, tablet per la loro azione eccitante e risvegliante. Lo stesso comportamento va tenuto se ci si sveglia di notte: tanti temono che alzarsi faccia svegliare del tutto e impedisca di riaddormentarsi ma è vero il contrario, perché è molto peggio girarsi e rigirarsi nel letto sperando di riprendere sonno.

25 - Come deve essere la camera per dormire bene?

Confortevole come una tana: non troppo calda né troppo fredda (la temperatura ideale è 17-18°C), con finestre e porte che garantiscano un buio sufficiente e un buon isolamento dai rumori esterni che potrebbero disturbare il riposo. Il letto deve essere comodo, le coperte adeguate alla temperatura, le lenzuola piacevoli al tatto: tutto deve essere gradevole e rilassante. Anche per questo leggere, mangiare, guardare la televisione

sono tutte attività da non fare in camera da letto, altrimenti col passare del tempo la assoceremo inconsciamente alla veglia e non al riposo.

26 - La melatonina serve o no?

L'ormone del riposo, che il nostro organismo produce quando cala il buio, viene spesso assunto nella convinzione di risolvere l'insonnia ma non ha né la potenza né le caratteristiche dei farmaci ipnotici (ovvero i sonniferi, usati per indurre o mantenere il sonno): è invece un cosiddetto ipno-favorente, cioè contribuisce al rilassamento serale per facilitare l'addormentamento. Basta però non esporsi a luci forti alla sera oppure agli schermi di computer e smartphone, nell'ora prima di coricarsi, per averne a sufficienza: l'assunzione di melatonina potrebbe al massimo potenziare l'effetto di quella da noi prodotta.

27 - Addormentarsi ovunque con facilità è sempre positivo?

Una grande facilità di addormentamento è utile alla sera, quando andiamo a letto, perché significa che riusciamo a spegnere senza problemi i circuiti cerebrali della veglia e ad attivare quelli del sonno. Se però ci addormentiamo subito sul divano davanti al televisore, in macchina quando siamo passeggeri o in aereo prima del decollo significa che di notte dormiamo in maniera insufficiente o che il sonno è di cattiva qualità, magari per un disturbo specifico del sonno come le apnee (vedi domanda n°39): appena ci possiamo rilassare, la sonnolenza ci assale per recuperare il sonno. In questi casi potrebbe perciò essere opportuno farsi qualche domanda su qualità e quantità del sonno.

28 - Che cosa si definisce come «insonnia»?

L'insonnia, che in forma cronica riguarda circa un adulto su dieci e come disturbo transitorio o a breve termine fino al 40 per cento della popolazione, è caratterizzata dall'insoddisfazione riguardo alla quantità

o alla qualità del sonno associata a difficoltà ad addormentarsi, risvegli frequenti di notte o risveglio molto presto al mattino senza riprendere sonno.

Accanto ad almeno uno di questi tre segni, per la diagnosi ci devono essere anche ripercussioni negative durante il giorno, sia a livello sociale, sia a scuola o sul lavoro (il dormitore breve infatti dorme poco, ma non è insoddisfatto del suo riposo e «funziona» bene). Si possono avere episodi di insonnia transitoria o a breve termine, quando nel giro di qualche giorno o di due, tre settimane si torna a dormire a sufficienza; per l'insonnia cronica, la difficoltà del sonno deve verificarsi almeno tre volte a settimana e persistere per almeno tre mesi.

29 - Come si diagnostica l'insonnia?

Se c'è qualche difficoltà a dormire che si risolve entro pochi giorni non c'è di che allarmarsi ma se il sintomo persiste, non migliora oppure si ripresenta è bene parlarne al medico senza cercare di risolverlo con il fai da te perché il problema può essere provocato da disturbi del sonno diversi dalla classica insonnia, da una deprivazione cronica del riposo, da abitudini scorrette, da un'alterazione dei ritmi biologici, ma soprattutto perché l'automedicazione è rischiosa. Se si teme di avere un disturbo del sonno è importante parlarne al medico di famiglia e se necessario rivolgersi a un Centro di medicina del sonno. Può essere opportuno tenere un diario del sonno, per capire come e quando si manifestano le difficoltà a dormire, e in alcuni casi il medico può prescrivere una polisonnografia: è necessaria se l'insonnia è resistente ai farmaci ma può essere molto utile se si suppone che ci sia una causa precisa per il disturbo, per esempio una sindrome delle apnee ostruttive notturne o una sindrome delle gambe senza riposo da curare in maniera specifica. La diagnosi corretta è indispensabile, perché in questi casi usare ipnotici sarebbe un errore.

30 - Quali sono i fattori di rischio per l'insonnia?

Non seguire le buone abitudini per una corretta igiene del sonno favorisce la comparsa di insonnia, che è più frequente nelle donne e all'aumentare dell'età; con l'andare degli anni si tende ad avere un'insonnia fatta di risvegli frequenti o troppo precoci, invece in età adulta è più probabile un'insonnia da difficoltà di addormentamento. Lo stress può influenzare negativamente la facilità di addormentamento, mentre soffrire di depressione o altre patologie come asma o ipertensione può tradursi in una maggiore facilità di risvegli notturni. Anche il sesso femminile è un elemento di rischio, così come l'uso di alcuni farmaci: alcuni antiaritmici possono provocare insonnia, i beta bloccanti prescritti per l'ipertensione possono indurre risvegli notturni e incubi; le statine per il colesterolo alto sono associate a insonnia e incubi, la teofillina per l'asma può dare effetti simili alla caffeina e quindi insonnia, così come i corticosteroidi e molti antidepressivi, che talvolta provocano anche disordini del movimento nel sonno; i decongestionanti, alcuni farmaci per le malattie della tiroide e gli psicostimolanti favoriscono l'insonnia, così come molti antidolorifici che contengono caffeina. Se quindi ci sono sintomi di un qualunque disturbo del sonno è sempre opportuna una valutazione delle terapie in corso, perché a volte basta modificare la cura per risolvere il problema.

31 - Perché le donne soffrono più spesso di insonnia?

La probabilità è 1.25 volte più alta rispetto agli uomini e questo si spiega in parte per la maggior frequenza al femminile di disturbi d'ansia e depressione, che spesso causano sintomi di insonnia. In menopausa inoltre diventa più difficile il mantenimento del sonno: i risvegli aumentano a causa delle vampate di calore o della sudorazione notturna, sintomi che riguardano il 40-80 per cento delle donne dopo i 50 anni. Anche le sindromi dolorose come la fibromialgia, il dolore pelvico o le patologie

reumatiche come l'artrosi sono più frequenti nel sesso femminile e possono provocare un sonno frammentato.

32 - L'insonnia può favorire i disturbi psichiatrici?

Sì, gli insonni per esempio hanno una probabilità doppia di sviluppare una depressione maggiore e un rischio più alto di disturbi d'ansia e abuso di alcol. I disturbi del sonno sono peraltro fra i sintomi cardine per la diagnosi di depressione e il risveglio precoce al mattino può essere proprio la spia iniziale di un disturbo dell'umore: ci si inizia a svegliare sempre più presto al mattino, senza riuscire a riaddormentarsi, e dopo 10-15 giorni compaiono i primi sintomi depressivi. Considerato lo stretto legame fra insonnia e depressione, trattare il disturbo del sonno può avere ripercussioni positive anche sulla patologia psichiatrica: è stato dimostrato che risolvendo l'insonnia la probabilità di avere un nuovo episodio depressivo si riduce.

33 - Come si cura l'insonnia?

Dopo una diagnosi corretta da parte del medico è sempre indispensabile iniziare a seguire le regole per una buona igiene del sonno: in alcuni casi può bastare questo a risolvere le difficoltà, in altri potrebbero essere necessari interventi specifici perché l'insonnia si rivela secondaria ad altre patologie come le apnee ostruttive. Se il disturbo richiede l'impiego di farmaci, deve essere il medico a prescriverli e il fai da te è vietato, perché si tratta di principi attivi da maneggiare con cura per non avere conseguenze negative.

Le due classi di farmaci più utilizzati contro l'insonnia sono le benzodiazepine (fra cui per esempio triazolam, brotizolam, flurazepam) e gli agonisti dei recettori benzodiazepinici ovvero i cosiddetti farmaci Z (come zolpidem, zopiclone, zaleplon). Le benzodiazepine agiscono legandosi ai recettori del principale neurotrasmettitore inibitorio cere-

brale: attivandoli il cervello si «calma» e così le benzodiazepine hanno un'efficace azione ansiolitica, sedativa e possono indurre il sonno. I tanti principi attivi che fanno parte della classe delle benzodiazepine sono diversi per la velocità di assorbimento, la capacità di dare metaboliti ancora attivi e l'affinità per i grassi, tutti elementi che ne condizionano la durata d'azione, principale parametro per scegliere il farmaco giusto: chi per esempio ha problemi di addormentamento trae benefici maggiori dalle benzodiazepine che sono assorbite velocemente e altrettanto rapidamente arrivano al cervello, se a rovinare il riposo sono soprattutto i risvegli notturni frequenti serve un principio attivo con una durata d'azione più prolungata, e così via. Per ogni paziente quindi è fondamentale individuare le caratteristiche dell'insonnia e quindi la terapia più adeguata.

I farmaci Z sono un po' diversi dalle benzodiazepine, pur agendo sugli stessi recettori cerebrali; anche in questo caso i vari principi attivi sono tutti differenti per struttura e quindi anche per velocità di azione, metabolismo, disponibilità in circolo, perciò vanno scelti sulla base della diagnosi nel singolo paziente. Oltre a benzodiazepine e farmaci Z, in casi specifici possono essere utilizzati antidepressivi ad azione sedativa a basse dosi, anche in assenza di un disturbo del tono dell'umore; questi farmaci sembrano avere il vantaggio di una maggior facilità di sospensione.

34 - Quali rischi si corrono con i farmaci per dormire?

Il sonnifero preso senza controllo, come fai da te, potrebbe essere pericoloso perché può acuire il problema o essere perfino inutile. Se si prendono ipnotici non bisogna superare poche settimane di trattamento, altrimenti soprattutto con alcuni farmaci c'è il pericolo di assuefazione. Una regola importante è poi utilizzare la minima dose necessaria e, quando si decide di interrompere il trattamento, è fondamentale effet-

tuare una sospensione graduale della terapia per evitare la cosiddetta insonnia di rimbalzo.

Un aspetto particolare è poi quello della tolleranza, il fenomeno per cui pian piano il dosaggio consueto tende a perdere l'effetto e quindi va aumentato per ottenere lo stesso risultato. Tutto questo apre la strada all'abuso del farmaco e facilita la dipendenza, cioè l'incapacità di fare a meno della benzodiazepina per dormire e la comparsa di sintomi da astinenza (fra cui ansia, irritabilità, difficoltà di concentrazione, mal di testa) se non si assume il farmaco.

Inoltre bisogna considerare l'aumento della probabilità di effetti collaterali connesso a un impiego «esagerato» di benzodiazepine come confusione mentale, amnesia, riduzione del tono muscolare. Gli eventi avversi sono più comuni negli anziani, che sono più sensibili agli effetti sedativi e in generale impiegano più tempo a smaltire i farmaci: la maggiore probabilità di stati confusionali e la diminuzione di equilibrio e vigilanza possono talora tradursi in pericolose cadute, quando di notte l'anziano si alza per andare in bagno.

I farmaci Z sembra possano indurre una dipendenza minore, ma anche questi come le benzodiazepine non sono esenti da rischi. È quindi essenziale assumere tutti questi farmaci alla minima dose efficace e possibilmente non ogni giorno; per evitare fenomeni di abuso e dipendenza, non dovrebbero essere mai prescritti per un trattamento a lungo termine. Per questo quando l'insonnia diventa cronica i sonniferi non sono la soluzione migliore.

35 - Che cosa fare perché l'insonnia non diventi cronica?

Un episodio acuto di insonnia può essere dovuto ai tratti di personalità, che possono predisporre alle difficoltà di sonno, e agli eventi stressanti che possono precipitare l'evento; quando però l'insonnia diventa cronica entrano in gioco fattori di mantenimento. Ciascuno di noi quindi

può essere più o meno predisposto a sviluppare insonnia, come pure altri tipi di malattia, per le proprie caratteristiche personali; fra queste ci sono per esempio fattori biologici, come un'iper-attivazione generalizzata del sistema nervoso centrale provocata da alti livelli di cortisolo, l'ormone dello stress; fattori psicologici, come la tendenza alla ruminazione e alla preoccupazione; fattori sociali, come il dover accudire figli piccoli o dover far fronte a impegni stressanti.

Avere una predisposizione all'insonnia non significa però che se ne debba per forza soffrire: il disturbo si manifesta se intervengono i fattori scatenanti o precipitanti, che comprendono tanti elementi di natura transitoria fra cui avvenimenti con un impatto stressante (come un trasloco, un divorzio, un cambio di lavoro) oppure altre malattie acute. Normalmente quando ciò che ha scatenato l'insonnia si risolve, anche il disturbo del sonno passa.

Il disturbo del sonno può però persistere, se l'episodio acuto viene gestito male e per esempio si fa un uso non controllato di farmaci o se intervengono i fattori di mantenimento, cioè strategie di comportamento che l'insonne adotta per sconfiggere il suo disturbo e compensare la perdita di sonno. Gli errori principali, che spianano la strada all'insonnia cronica, sono restare a letto mentre si è svegli sforzandosi di dormire e andare a letto prima e/o svegliarsi più tardi, sperando così di avere più opportunità di dormire. L'effetto è esattamente il contrario di quanto ci si prefigge perché il buon dormitore non pensa al sonno: dorme bene, e il dormire è per lui un meccanismo automatico. L'insonne, invece, pensa molto al suo sonno: l'automatismo letto=sonno salta e di conseguenza dorme male.

36 - Si può trattare l'insonnia senza farmaci?

Lo si può fare sia in caso di episodi acuti, perché un'adeguata igiene del sonno è il primo rimedio all'insonnia «semplice», ma diventa ancora

più importante in caso di disturbo cronico. In questi pazienti non si possono utilizzare solo i farmaci, per i possibili effetti collaterali, i rischi di abuso e la concreta probabilità che i sonniferi usati male e a lungo contribuiscano al perpetuarsi dell'insonnia. Quando il disturbo diventa cronico l'approccio deve perciò cambiare perché serve combattere tutti i fattori di mantenimento, come i pensieri che rendono più difficile dormire (come credere di non poter essere davvero riposati se non si dorme almeno 8 ore) oppure i comportamenti sbagliati (come restare a lungo a letto senza dormire).

La terapia di prima scelta nell'insonnia cronica è perciò la terapia cognitivo-comportamentale, attraverso sedute singole o di gruppo modellate sulle esigenze individuali: le tecniche sono diverse ma gli obiettivi sono aumentare l'efficienza, la continuità e la durata del sonno, ridurre il disagio emotivo, cognitivo e sociale, ripristinare il senso di controllo sul sonno, eliminare abuso e dipendenza dagli ipnotici e da altre sostanze che possono influenzare il disturbo, come l'alcol. L'importante è che la terapia sia specifica per l'insonnia e condotta da esperti sul sonno, perché altrimenti potrebbe non funzionare; quella mirata anche a distanza di sette, otto anni mantiene un'efficacia che arriva al 70 per cento. Della terapia cognitivo-comportamentale, oltre alla terapia cognitiva vera e propria, fanno parte l'igiene del sonno di cui si è già parlato, le tecniche di rilassamento, il controllo dello stimolo e la restrizione del sonno.

37 - Quali tecniche di rilassamento sono utili per l'insonnia?

L'attivazione fisiologica è quella per cui ci batte più forte il cuore, il respiro diventa più rapido, si suda profusamente e si contraggono i muscoli; l'attivazione cognitiva è la sensazione di «non riuscire a spegnere il cervello». Le tecniche di rilassamento cercano di ridurre entrambi i tipi di attivazione: metodi come il rilassamento progressivo muscolare, il training autogeno e il biofeedback puntano a ridurre la tensione mu-

scolare e altri tipi di attivazione fisiologica mentre l'imagery training, la meditazione e il thought stopping sono alcune delle strategie per contrastare l'attivazione cognitiva. Una volta apprese le tecniche, queste devono essere applicate circa un'ora, un'ora e mezzo prima di andare a letto, così da staccarsi pian piano dalle attività e dai problemi giornalieri e «spegnere» i centri della veglia, lasciandosi andare completamente al sonno. Alcune strategie sono molto semplici, come scrivere durante la giornata tutti i pensieri che preoccupano, riducendo così il carico di tensione pre-addormentamento; tutte le tecniche di rilassamento, pur essendo utili, richiedono però impegno ed esercizio quotidiano e solo con molta costanza chi soffre di insonnia riesce poi a rilassarsi senza uno sforzo cosciente.

38 - Che cosa sono il controllo dello stimolo e la restrizione del sonno?

Si tratta di altri due metodi impiegati nella terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia cronica; il controllo dello stimolo è una strategia per cui si cerca di tornare ad associare il letto al riposo, seguendo semplici istruzioni come andare a letto solo quando si ha davvero sonno, usare la camera solo per dormire, non rimanere a letto se non si riesce a dormire, non fare pisolini durante il giorno e alzarsi sempre alla stessa ora tutte le mattine, anche nel fine settimana. Queste due ultime raccomandazioni servono a ristabilire un ritmo regolare di sonno e veglia che spesso gli insonni perdono.

La restrizione del sonno consiste nel ridurre il tempo trascorso nel letto e renderlo il più possibile vicino alla durata del sonno, migliorando così la cosiddetta «efficienza di sonno» ovvero il rapporto fra il tempo trascorso nel letto e quello passato a dormire, moltiplicato per cento (per esempio, se si dormono sei ore ma si resta sotto le lenzuola per otto ore l'efficienza di sonno sarà $6/8 \times 100 = 0.75 \times 100 = 75\%$). Si parte compi-

lando un diario del sonno in cui si annotano dati come il momento in cui si è andati a letto, il tempo che è stato necessario per addormentarsi, l'ora del risveglio così da calcolare la durata media quotidiana del sonno nell'arco di una settimana; quindi si dovrà far coincidere questo tempo con quello passato nel letto e in seguito modificarlo per aumentare l'efficienza di sonno, con l'obiettivo di raggiungere un'efficienza superiore al 90 per cento.

39 - Che cosa sono le apnee notturne?

Si tratta di un disturbo respiratorio in cui si verificano ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree superiori durante il sonno, che riducono l'apporto di ossigeno e portano alla frammentazione del sonno stesso perché provocano tanti micro-risvegli. Le apnee in genere durano da 10 a 30 secondi, ma possono talvolta superare un minuto; se l'ostruzione è solo parziale si ha il russamento, che in genere precede di alcuni anni l'insorgenza della sindrome vera e propria. Durante le fasi di apnea ostruttiva il torace continua a eseguire i movimenti necessari all'ispirazione, come se l'organismo si sforzasse per superare l'ostruzione: spesso il paziente si agita, fa movimenti bruschi e anche il cervello si «accende» e si riattiva interrompendo la fase del sonno, arrivando a uno stato di quasi-veglia ma senza rendersene conto in maniera consapevole. Quando il respiro riparte è tipico un profondo sospiro per poi, poco dopo, riprendere a russare.

Spesso chi soffre di apnee ostruttive non si accorge di nulla, anche in presenza di blocchi del respiro: è il/la partner ad accorgersi che il compagno di letto ha un improvviso blocco del russamento, accompagnato da un arresto della respirazione.

40 - C'è differenza nelle apnee notturne di uomini e donne?

Le apnee ostruttive sono più frequenti negli uomini, nelle donne la pre-

valenza cresce dopo la menopausa (ne soffre il 5 per cento delle under 65, il 25 per cento delle più anziane) ed è «colpa» della riduzione degli ormoni femminili, perché con il calo degli estrogeni il grasso tende ad accumularsi e a localizzarsi anche attorno alle prime vie aeree, riducendone il diametro e rendendo più difficile respirare bene durante la notte. Inoltre, l'uomo comincia spesso con un russamento occasionale quando dorme in posizione supina, verso i 30-35 anni, ma occorrono anche quindici o vent'anni perché il russare diventi man mano più frequente e indipendente dalla posizione e poi compaiano le prime apnee; nella donna invece per l'intero percorso possono bastare appena due o tre anni. Anche i sintomi sono un po' diversi: nell'uomo è più frequente la sonnolenza diurna, nella donna l'insonnia e il mal di testa al risveglio.

41 - Perché le apnee notturne sono pericolose per la salute?

La diminuzione intermittente dell'apporto di ossigeno provocata dalle apnee aumenta il rischio di ipertensione (più della metà dei pazienti con pressione alta resistente ai farmaci soffre di apnee), malattie cardiovascolari e metaboliche, fegato grasso, disfunzioni renali e oculari, incidenti provocati dalla sonnolenza diurna connessa a un riposo scadente.

42 - Quali sono i fattori di rischio delle apnee notturne?

Sovrappeso e obesità sono fra i più importanti, ma circa il 40 per cento di chi ha apnee non ha chili di troppo; anche un collo corto e largo o una mandibola piccola predispongono alle apnee perché come il grasso in eccesso possono favorire il «collasso» notturno delle vie aeree superiori.

43 - Come ci si accorge di soffrire di apnee notturne?

Non tutti i russatori hanno le apnee ma il russamento persistente, intenso e intermittente è uno dei segni che deve farne sospettare la presenza così come risvegli con senso di soffocamento, risveglio al mattino

con bocca asciutta, sudorazione abbondante, l'esigenza di alzarsi spesso durante la notte per andare in bagno (soprattutto in chi ha meno di 65 anni). Fra i sintomi presenti durante il giorno e dovuti alla frammentazione del sonno ci sono la sonnolenza eccessiva, deficit di attenzione e memoria, difficoltà di concentrazione, mal di testa, sbalzi d'umore, disfunzione erettile e calo del desiderio; sonnolenza e stanchezza, oltre a ridurre la produttività, possono provocare incidenti stradali o sul lavoro anche gravi.

44 - Come si curano le apnee notturne?

In chi è sovrappeso e ha una sindrome di grado lieve può bastare dimagrire: circa il 10 per cento dei chili persi contribuisce direttamente alla riduzione del grasso attorno alle vie aeree, tanto che possono bastare 5 chili in meno per poter portare una camicia con un colletto più stretto. In circa un caso su due le apnee dipendono dalla posizione supina e sono di grado lieve-moderato: in questi pazienti dormire in posizione laterale può essere risolutivo e i metodi per «costringerli» sono tanti, da quelli artigianali (cucire una tasca nella parte posteriore del pigiama in cui inserire una o più palline da tennis, indossare uno zainetto rigido, utilizzare un cuscino che consenta di stare solo sul fianco e così via) a quelli più nuovi, come gli stimolatori che trasmettono una vibrazione disturbante a collo e torace quando ci si mette supini.

Tuttavia il trattamento più diffuso ed efficace è la ventilazione meccanica a pressione positiva continua, la cosiddetta CPAP, che «spinge» aria in modo da evitare che le vie aeree collassino: va prescritta dal medico che deve trovare la pressione d'aria adeguata e la maschera giusta (ne esistono di molti tipi, in genere è meglio preferire le nasali a quelle che coprono anche la bocca) e «addestrare» il paziente per alcuni giorni, motivandolo. La pressione d'aria adeguata è in sostanza quella minima in grado di eliminare tutte (o quasi) le apnee notturne; bisogna poi ri-

cordare che per ottenere tutti i benefici la CPAP deve essere utilizzata almeno 4-5 ore a notte.

In casi molto selezionati può servire la chirurgia, per esempio per rimuovere le tonsille o intervenire su lingua, palato, conformazione della mascella; ci sono anche farmaci per aiutare il 10-15 per cento dei pazienti che nonostante la CPAP continuano ad avere sonnolenza diurna.

45 - Che cos'è la sindrome delle gambe senza riposo?

Il sintomo tipico è il bisogno irresistibile di muovere gli arti inferiori spesso associato a fastidio, formicolii, prurito e a volte dolore; compare a riposo, verso sera o di notte quando si è sdraiati o seduti, e si attenua o addirittura sparisce con il movimento. Il disturbo può provocare insonnia e, nel sonno, scatti involontari ripetuti e frequenti delle gambe che causano micro-risvegli, spesso incoscienti; il sonno disturbato può compromettere le attività quotidiane e peggiorare la qualità di vita con stanchezza, nervosismo, irritabilità e calo del tono dell'umore. La sindrome colpisce circa il 2-5 per cento degli adulti, con un rapporto di 1,5-2 casi nelle donne per ogni caso negli uomini; si manifesta in circa un quarto delle donne nel terzo trimestre di gravidanza, ma nei giorni subito dopo il parto i sintomi improvvisamente scompaiono. Quando compromette in maniera consistente la qualità del sonno, può essere curata con specifici farmaci.

46 - Che cos'è la narcolessia?

È una forma di ipersonnia cronica, caratterizzata da attacchi incoercibili di sonno e dall'improvvisa intrusione di sonno REM, quello con sogni, nello stato di veglia: ci si addormenta all'improvviso mentre si svolgono le proprie attività quotidiane, oppure si possono avere improvvise perdite del tono muscolare fino a cadere per terra dopo una forte emozione (attacco cataplettico). La narcolessia è relativamente rara, con una pre-

valenza è di 2-5 casi ogni 10mila abitanti, ma molto probabilmente tanti casi non vengono diagnosticati; il tempo che trascorre dalla comparsa dei primi sintomi alla diagnosi varia dai cinque ai quindici anni. Si può curare con farmaci specifici che riducono la sonnolenza diurna e gli attacchi cataplettici, ma è importante anche avere un sonno notturno regolare di 7-8 ore e prevedere sonnellini programmati durante il giorno di 10-15 minuti che sono «riposanti» e possono ridurre gli attacchi di sonno diurni.

47 - Che cosa sono le parasonnie?

Sono disturbi caratterizzati da particolari comportamenti o attività che si manifestano in momenti diversi del sonno; oltre al sonnambulismo sono per esempio la paralisi del sonno, quando durante la fase di addormentamento, o più spesso al risveglio, ci si trova nell'impossibilità di muoversi e parlare per un breve periodo di tempo, da pochi secondi a un paio di minuti; o il Disturbo Comportamentale in sonno REM, che si verifica soprattutto dopo i 55 anni. Mentre si sogna, durante il sonno REM, il corpo è immobile come se fosse paralizzato; chi ha questo disturbo invece fa sogni agitati in cui diventa protagonista. Spesso la persona sogna di essere aggredita e nel tentativo di difendersi da qualcuno o da qualcosa, per esempio da animali che mordono, si muove molto e può urlare, agitarsi con le gambe, addirittura fare del male a chi dorme accanto.

48 - Che cos'è il sonnambulismo?

È la parasonnia più conosciuta, che riguarda il 5 per cento dei bambini e l'1 per cento degli adulti; esiste una predisposizione genetica ma alcune situazioni favoriscono gli episodi, come avere la febbre oppure aver dormito poco la notte precedente. L'incremento della temperatura corporea e la mancanza di riposo infatti fanno aumentare la durata

della fase di sonno profondo, quella in cui si verifica il sonnambulismo: anche per questo gli episodi si hanno soprattutto nelle prime 2-3 ore di sonno notturno con una quantità maggiore di sonno profondo. Non sempre il sonnambulo cammina in giro o sposta oggetti, spesso si mette soltanto seduto sul letto, ripete gesti abituali o pronuncia qualche parola non sempre ben articolata. Il sonnambulo non si rende conto di ciò che compie di notte e al risveglio non ricorda nulla.

49 - Il sonnambulismo è pericoloso?

Non deve preoccupare perché non mette in pericolo la salute, basta solo allontanare gli oggetti con cui il sonnambulo può farsi del male e impedire fughe all'esterno. Non bisogna però svegliarlo perché il suo cervello è in una situazione di metabolismo ridotto che lo rende «confuso», potrebbe perciò avere reazioni aggressive perché non si rende conto di chi ha davanti.

Quando gli episodi sono frequenti, più volte alla settimana o al mese, è bene però approfondirne la natura in un centro di medicina del sonno perché potrebbe trattarsi di una forma particolare di epilessia notturna legata a un'irritazione della corteccia frontale.

50 - È vero che la pandemia ha peggiorato i nostri sonni?

Sì, dormire è diventato più difficile per molti: nel primo lockdown ansia e stress da paura del contagio hanno compromesso qualità e quantità del sonno, nei mesi successivi preoccupazioni e incertezza sul futuro hanno continuato ad avere effetti negativi. Negli ultimi mesi, inoltre, tanti hanno riferito di fare più incubi o in generale di sognare di più: dipende dal fatto che la pandemia ha portato a un sonno più disturbato, superficiale e frammentato, a volte anche più lungo del solito che comporta un maggior numero di risvegli notturni, a loro volta associati a una maggior probabilità di ricordare i sogni fatti; quelli che ricordiamo

meglio, però, sono inevitabilmente quelli che ci impauriscono di più. Da qui la sensazione di aver sognato di più, soprattutto nel primo lockdown o quando si è dovuta sperimentare una quarantena o l'isolamento, con notti agitate da sogni più vividi ed emotivi del solito.

Detto ciò, dormire bene può aiutare a prevenire il contagio o a rispondere meglio al virus una volta infettati, visto che una buona qualità del sonno migliora la funzione del sistema immunitario; purtroppo nei contagiati spesso l'ansia, la preoccupazione e anche i sintomi respiratori remano contro la possibilità di un riposo sereno e tanti pazienti dormono peggio. I disturbi del sonno poi sono fra i sintomi della sindrome del long Covid: per questo una volta guariti è opportuno chiedersi come si dorme, soprattutto se la malattia è stata clinica, ovvero con sintomi che abbiano richiesto terapie di qualsiasi tipo. L'infezione da coronavirus inoltre causa più spesso problemi dalla mezza età in avanti, proprio il periodo della vita in cui si diventa più suscettibili ai disturbi del sonno: Covid-19 potrebbe rivelarsi perciò un «acceleratore» della comparsa dell'insonnia ed esserne consapevoli è importante per intervenire prima che diventi cronica.

