Insonnia e dolore: il binomio sottovalutato

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Dormo malissimo. L'insonnia peggiora il dolore, che diventa sempre più forte! Non posso continuare così». Tutti l'abbiamo provato. Disturbi del sonno e dolore sono legati. Quale fattore pesa di più, e perché, in questo binomio che erode l'energia vitale e la gioia di vivere? Come possiamo allentare questo legame inquietante?

Molti studi evidenziano come l'insonnia, e i disturbi del sonno ad essa associati, abbiano un ruolo maggiore nel condizionare l'intensità del dolore, più di quanto un dolore cronico possa condizionare la qualità e la quantità del sonno. La questione è seria: l'insonnia colpisce dal 10 al 30% della popolazione, secondo gli studi, con un picco oltre il 56,6% nelle donne dopo la menopausa. Le donne sono più vulnerabili ai disturbi del sonno. Il rapporto tra donne e uomini è 1,5:1 nell'arco della vita. La menopausa, con vampate, sudorazioni profuse e tachicardie notturne, rappresenta un potente fattore peggiorativo dell'insonnia. Fattore sottovalutato, prima di tutto da molti medici che tendono a "normalizzare" ogni disturbo, con qualche lodevole eccezione.

Perché le donne sono molto più vulnerabili al binomio insonnia e dolore, rispetto agli uomini, dopo la menopausa? Da un lato, la carenza estrogenica scatena un'infiammazione cronica in molti organi e tessuti: per esempio artrite/artrosi e dolori articolari triplicano nelle donne dopo i cinquant'anni, rispetto ai coetanei maschi. Dall'altro, apre le porte del cervello ai segnali di dolore che partono dalla periferia del corpo, consentendo una progressiva amplificazione del segnale doloroso che lo rende ancor più invalidante.

Secondo la International Classification of Sleep Disorders, la Classificazione Internazionale dei disturbi del sonno (3a edizione), l'insonnia va divisa in tre categorie: quella di breve durata, quella cronica e gli altri tipi. I criteri per diagnosticarla includono: difficoltà ad addormentarsi, difficoltà a restare addormentati con sonno profondo e rigenerante, e tendenza a risvegli precoci nonostante la possibilità di dormire. Questi sintomi si associano a una minore efficienza diurna. La frequenza dell'insonnia completa la diagnosi: ha bisogno di cure chi soffre di insonnia almeno tre volte la settimana per un mese o più. Predispongono all'insonnia una storia familiare di insonnia; ansia e ipereccitabilità; un ridotto stato di salute o chiare malattie intercorrenti; l'avanzare dell'età; e, giustappunto, il dolore cronico. Non curata, l'insonnia pone un danno gravissimo sulla salute fisica e mentale: accelera il deterioramento cognitivo, e già questa sarebbe un'eccellente ragione per curarla bene. Aumenta ansia e depressione, due seri fattori di progressiva amplificazione dei segnali del dolore. Riduce la capacità lavorativa. Aumenta il rischio di incidenti, anche gravi, in casa, alla guida, sul lavoro. Aumenta il rischio di ipertensione ed eventi cardiovascolari, fra cui l'infarto e l'ictus. L'insonnia diventa quindi causa diretta di nuovi fattori di neuroinfiammazione e di dolore. Amplifica la percezione degli stessi segnali dolorosi. Aumenta il viraggio del dolore da "nocicettivo", amico, perché segnala un danno da evitare o da cui sottrarsi, a "neuropatico": il dolore che è diventato malattia in sé, proprio perché si è potentemente radicato nelle vie e nei centri del dolore situati nel cervello.

Per ridurre la vulnerabilità all'insonnia è indispensabile ripartire dagli stili di vita, ancor più negli

anziani. Occorre evitare di chiudersi in casa in penombra, anche per il caro-bollette. E' essenziale uscire ogni giorno a camminare alla luce, meglio al mattino: questo mantiene il ritmo circadiano di produzione della melatonina, minima di giorno, massima di notte, un ritmo appiattito se di giorno si resta in casa a dormicchiare. Migliora la sintesi dei recettori della melatonina, che altrimenti si riducono molto con l'età. Aumenta le endorfine, molecole della gioia, e la serotonina, molecola del buonumore, combattendo la depressione e l'ansia, riducendo così la vulnerabilità sia all'insonnia sia al dolore. Per le donne dopo la menopausa, è efficacissima la terapia ormonale sostitutiva ben personalizzata: «Non dormivo così bene da due anni! E metà dei dolori sono andati via!», è il commento felice delle donne che riassaporano il piacere di dormire bene. Estrogeni e progesterone sono i grandi custodi della qualità del sonno e della sua architettura raffinata. Se il disturbo persiste, allora è necessario rivolgersi allo specialista del sonno.

In sintesi: un buon sonno accarezza e promuove la salute mentre riduce il dolore. E ci regala più energia e più fiducia nella vita.