

Insonnia ormonale: quando e perché colpisce le donne

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

«Dormo malissimo, e al mattino sono uno straccio». «Faccio fatica ad addormentarmi, mi sveglio spesso e non riesco più a prendere sonno». «Mi addormento di botto, spesso sul divano. Alle tre di notte mi sveglio e non ci sono santi... Al mattino mi sparerei invece di alzarmi». «Ho sempre dormito benissimo. Ma da quando sono in menopausa, le mie notti sono un incubo: vampate a manetta e non dormo più ...».

Dopo i 50 anni soffre di insonnia più del 50% delle donne, quando l'insonnia "ormonale", causata in primis dalla carenza di estrogeni e di progesterone, sregola tutta la sinfonia del sonno, e il 15-25% degli uomini. Il punto: quando un sonno disturbato, con risvegli frequenti, è vera insonnia? Quattro sono i criteri su cui riflettere: 1) i sintomi iniziali, tra cui la difficoltà ad addormentarsi, la difficoltà di mantenimento del sonno, con risvegli frequenti, e/o il risveglio precoce al mattino con incapacità di riaddormentarsi; 2) la frequenza e la durata: l'insonnia è in agguato se i sintomi si verificano almeno 3 notti a settimana per un periodo minimo di 3 mesi; 3) le conseguenze sul giorno successivo, per cui il disturbo del sonno è tanto più serio quanto più causa difficoltà personali e/o lavorative per stanchezza eccessiva, irritabilità, difficoltà di attenzione, concentrazione, memoria; 4) la persistenza della difficoltà del sonno nonostante adeguate opportunità e condizioni per dormire. Questo differenzia l'insonnia dalla privazione del sonno, dovuta a fattori obiettivi, tra cui il crescente uso dello smartphone fino a notte fonda.

Quali squilibri ormonali contribuiscono specificamente all'insonnia ormonale. Le marcate fluttuazioni degli estrogeni prima della menopausa, ossia prima dell'ultimo ciclo, possono causare seri disturbi del sonno, soprattutto in fase mestruale, fino a 11 anni prima della menopausa. Questi disturbi peggiorano poi quando l'estradiolo prodotto dalle ovaie è esaurito. Il danno sul sonno è diretto, con malfunzionamento dei neuroni che regolano sia la raffinata sinfonia del sonno, sia la termoregolazione, con lesione del "termostato" che regola la temperatura corporea; e indiretto, per l'effetto disturbante di vampate e sudorazioni notturne, che amplificano i danni da carenza di estrogeni diventando la più potente causa biologica vascolare di insonnia, perché "frammenta" il sonno. La carenza di progesterone in premenopausa, per ovulazioni inadeguate, e poi la sua perdita, raddoppia il danno, perché viene allora a mancare il suo figlio prediletto, l'allopregnenolone, "sonnifero" ormonale naturale, gentile ed efficace. Il cortisolo, ormone dello stress, ci mette del suo, perché attiva uno stato di "iper-vigilanza" che rende difficile l'addormentarsi. Con un problema in più quando le vampate sono intense, perché costituiscono uno stress biologico che fa raddoppiare i livelli di cortisolo per le due-tre ore successive alla vampata, alterando tutte le fasi del sonno. poi anche la tiroide funziona male, l'insonnia si complica, con ansia e tachicardie notturne, in caso di ipertiroidismo; stanchezza e maggior rischio di apnee notturne, in caso di ipotiroidismo.

L'eccesso di androgeni può complicare il quadro nelle donne con "sindrome ovarica poli-endocrino-metabolica", prima chiamata "sindrome da policistosi ovarica", ancor più se obesa. Con quali conseguenze? L'insonnia ormonale riduce le ore effettive di sonno di qualità; allunga il tempo prima di addormentarsi, la cosiddetta "latenza" del sonno, quando l'ansia disturba

l'addormentamento, affollando la mente di pensieri; riduce il sonno profondo, tipico delle prime quattro ore e mezza di sonno, essenziale per il rilassamento muscolare profondo e il recupero della stanchezza; aumenta il sonno leggero e i risvegli, la "veglia", aumentando la frequenza del bisogno di alzarsi per urinare (nicturia); riduce il sonno REM, in cui le tracce di memoria a breve termine vengono consolidate in memoria a lungo termine. La riduzione di questa fase è la prima causa di "smemoratezza", di difficoltà di attenzione, concentrazione, memoria, di "nebbia" nel cervello, e di maggiori difficoltà di lavoro proprio nell'età dell'oro della professione.

Un'anamnesi accurata e pochi esami ormonali sono sufficienti a confermare la diagnosi di insonnia ormonale, già a quarant'anni o prima. La terapia è logica e semplice: ridare al corpo gli ormoni perduti, estrogeni e progesterone (in assenza di controindicazioni); ridurre il cortisolo, limitando i fattori di stress e adottando una migliore igiene del sonno; curare la tiroide, gli squilibri metabolici e iper-androgenici, invece di usare solo sintomatici, come gli psicofarmaci, o, peggio ancora, l'alcol usato come ansiolitico per facilitare l'entrata nel sonno. L'insonnia ormonale è reale: curiamola bene per ritrovare il buon sonno. E sognare.