

# Roseto degli Abruzzi. L'IMPORTANZA DEL SOGNO E DEL SONNO PER LA SALUTE PSICOFISICA DELL'INDIVIDUO, di Antonio Lera

Intervento al Convegno Odierno

L'IMPORTANZA DEL SOGNO E DEL SONNO PER LA SALUTE PSICOFISICA DELL'INDIVIDUO



Rotary Club Teramo Est



STATE DI ISPIRAZIONE

10 novembre 2019 Abruzzo Marche Molise Umbria



AGAPE SALOTTI DEL BENESSERE ROTARY

CONVEGNO  
UNA SANA PREVENZIONE PSICOFISICA PER L'INDIVIDUO  
ABITUDINI, VIZI E RISVOLTI EMOTIVI

PALAZZO DEL MARE  
ROSETO DEGLI ABRUZZI, 8 FEBBRAIO 2019, Ore 18 - 20

MODERATORI  
Dr. Eugenio Flajani Galli (Psicologo - Psicossessuologo)  
Dr.ssa Daniela Di Sante (Psicologa - Psicoterapeuta)

RELATORI

Ore 18:00 - Dott. ANTONIO LERA (DIRIGENTE MEDICO ASL TERAMO, PSICHIATRA, NEUROLOGO, DOCENTE DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DE L'AQUILA)  
L'IMPORTANZA DEL SOGNO E DEL SOGNO PER LA SALUTE PSICOFISICA DELL'INDIVIDUO  
a seguire LETTURA DELLA CELEBRE POESIA PAZZIANO C' O SUONNO SCRITTA DA EDUARDO DE FILIPPO NEL 1961, a cura del Dott. Mario De Bonis (Cecario Rotariano) Presidente dell'Associazione "DAL VESUVIO AL GRAN SASSO" Vincitore del PREMIO NAZIONALE RIVEGAUCHE FIRENZE DI SAGGISTICA (2016) e del PREMIO NAZIONALE PAOLO BORSELLINO CULTURA per il rapporto culturale alle nuove generazioni (2016).

Ore 18:45 - Dr.ssa ALIDA ALVARO (PSICOLOGA, MUSICOTERAPEUTA)  
RESPIRAZIONE CONSAPEVOLE E BENESSERE PSICOFISICO

Ore 19:30 - Dr. DINO BURTONI (PSICOLOGO, PSICOTERAPEUTA DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA DINAMICA BREVE/AF PESCARA)  
NATUROPATIA COME ANTROPOLOGIA DEL BENESSERE

Segreteria scientifica: A. Lera - Info: 3478335411  
Quota d'iscrizione 10 euro. Soci Rotary ingresso gratuito.  
Al termine verrà rilasciato un attestato di partecipazione

## IL SONNO

Se pensiamo che trascorriamo circa un terzo dell'esistenza a dormire viene naturale pensare che questo sia un dato assai rilevante in rapporto alla nostra salute psicofisica. L'organismo umano è caratterizzato e condizionato fortemente dai ritmi circadiani (variazioni cicliche giornaliere delle attività biologiche come tono muscolare, pressione arteriosa, temperatura corporea, funzionalità renale, resistenza alla fatica, frequenza cardiaca, funzioni endocrine. Ma il ritmo sonno-veglia è il parametro più influenzato. I ritmi circadiani possono essere sfasati da particolari eventi come il fuso orario o turni di lavoro notturni. Questo orologio interno viene regolato da fattori esogeni (alternanza giorno/notte) o endogeni. Due strutture all'interno del nostro corpo mediano questi ritmi:

- **la formazione reticolare ascendente (FRA)** che consta di un gruppo di neuroni posto tra il midollo allungato e la base del cervello. Questa struttura presenta due ritmi di oscillazione: uno di ampiezza ridotta, l'altro di grande ampiezza. Il ritmo di ampiezza ridotta è responsabile sia delle diverse fasi di sonno, che dei cambiamenti dello stato di allerta durante la giornata. Il ritmo a grande ampiezza regola l'alternanza sonno-veglia. Quando una persona si addormenta la FRA progressivamente riduce fino a bloccare quasi del tutto gli stimoli che arrivano al cervello dagli organi di senso. Sembra che allora il cervello cominci ad elaborare i segnali depositati in memoria o generati all'interno del cervello stesso.

- **i nuclei soprachiasmatici**, parti dell'ipotalamo che regolano oltre ai ritmi circadiani sonno-veglia anche altri ritmi come la fame ed in particolare entrano in gioco nella relazione biunivoca **buio-luce/sonno-veglia**.

## FASI DEL SONNO

È possibile studiare il sonno e le sue caratteristiche attraverso tre misure psicofisiologiche:

- **ELETTROENCEFALOGRAMMA (EEG)**, registra l'attività elettrica dei neuroni della corteccia cerebrale mediante elettrodi posti sul cuoio capelluto. L'EEG presenta notevoli variazioni durante il sonno: si alternano onde ampie lente a onde rapide e di basso voltaggio, simili a quelle della veglia
- **ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)**, che registra i movimenti oculari tramite

elettrodi applicati intorno agli occhi. Quando vi sono onde frequenti ed a basso voltaggio, gli occhi dei soggetti si muovono, al di sotto delle palpebre, con movimenti rapidi (rapid eyes movements) o **sonno REM**.

- **ELETTROMIOGRAMMA (EMG)**, che misura le scariche elettriche dei muscoli tramite l'applicazione di elettrodi in corrispondenza dei muscoli oggetto di studio. Nella fase di **sonno REM** si nota un blocco dell'attività dei muscoli facciali.

**Durante una notte di sonno l'EEG di un soggetto mostra 5 stadi differenti:**

**stadio 0:** fase di veglia tranquilla, con condizione di rilassamento, in cui il tracciato EEG nella fase di chiusura mostra attività bioelettriche cerebrale caratterizzata da onde a bassa ampiezza ed alta frequenza che denota la veglia che verrà interrotta dalle cosiddette "onde alfa" più ampie e più lente all'apertura degli occhi.

**stadio 1:** soggetto in fase di addormentando o dormiveglia, con attività bioelettriche cerebrale caratterizzata da onde a bassa ampiezza e alta frequenza con mantenimento del tono muscolare e movimenti lenti oculari.

**stadio 2:** definito anche sonno medio, caratterizzato da abbassamento della frequenza e da leggero incremento dell'ampiezza delle onde e dalla presenza dei cosiddetti "complessi K", che manifestano una deflessione (un cambiamento di direzione) verso l'alto seguita da una deflessione verso il basso dell'onda, anche chiamati "fusi del sonno" in rapporto alla loro forma.

**stadio 3:** fase di sonno molto profondo dal quale è difficile risvegliarsi caratteristica per la presenza di onde delta a 4-6 c/sec. (le onde più lente) in percentuale dell'ordine del 20-50 %.

**stadio 4:** fase più profonda del sonno con presenza di onde delta in una percentuale maggiore del 50 per cento.

Dopo aver passato qualche minuto nello stadio 4 il tracciato dell'EEG mostra un percorso inverso. I soggetti tornano infatti alla fase 3, alla 2 e alla 1. Questo stadio però è diverso dallo stadio 1 sopradescritto (stadio 1 iniziale), poiché caratterizzato da rapidi movimenti oculari (REM) e da perdita del tono muscolare (stadio 1 emergente o sonno REM).

Il **ciclo di sonno** che va dall'inizio dello stadio 1 iniziale all'inizio dello stadio 1 emergente, ha la durata di 90 minuti, ma all'interno di ciascun ciclo varia la durata degli stadi. Nel corso della notte i cicli presentano una maggior durata dello stadio 1 emergente e una minor durata degli stadi 3 e 4 (chiamati anche sonno delta). Il sonno REM viene definito anche "sonno paradossale" in quanto **in un organismo profondamente addormentato, l'attività della corteccia cerebrale è molto vicina a quella della veglia**. Aumentano il consumo di ossigeno nel cervello, la frequenza respiratoria,

la pressione cardiaca ed il battito cardiaco diviene meno regolare. Nonostante la mancanza di tono muscolare possono esserci contrazioni alle estremità del corpo. Tutte queste caratteristiche hanno fatto pensare al sonno REM come legato ad eventi emozionali.

Proprio sulla base di queste ipotesi sono stati fatti esperimenti per indagare la relazione tra sonno REM e sogni, risvegliando i soggetti durante le fasi di sonno REM. Chi viene risvegliato ricorda i sogni e questi risultano più vividi rispetto a quelli che vengono (quando questo accade) ricordati al mattino. Nell'80 per cento dei casi i soggetti ricordano i propri sogni se risvegliati durante il sonno REM, rispetto al 7 per cento che li ricorda dopo un risveglio in fase non REM.

L'uomo non è l'unico essere vivente a dormire, gli fanno compagnia tutti i mammiferi, gli uccelli, i rettili, gli insetti, gli anfibi ed i pesci che hanno periodi di inattività simili al sonno degli esseri umani.

Due gruppi di teorie cercano di spiegare la funzione del sonno:

- **circadiane secondo cui** non si deve recuperare alcuno squilibrio ed il Sonno ha una **motivazione fisiologica analoga al mangiare ed al bere**, evolutasi per **permettere la conservazione delle energie** e per **protegersi nei momenti di oscurità**.

- **ristorative** secondo cui il sonno avrebbe la funzione di **recuperare l'omeostasi interna** (una stabilità dell'equilibrio interno dell'organismo) che viene alterato durante la veglia. **Sonno che ripara di notte i "danni" subiti di giorno**.

Dopo deprivazioni di sonno che oltrepassano i 3 giorni, si tende a dormire più a lungo la prima notte di ripristino di sonno con ripresa già dalla seconda notte delle consuete ore di sonno, cosa che non sosterebbe le teorie ristorative. Però le persone private del sonno non possono fare a meno di sperimentare sonnolenza durante le attività sedentarie e avere dei microsonni o brevi periodi in cui l'EEG mostra che si è in uno stato di sonno della durata di 2-3 secondi con chiusura delle palpebre. E questo invece sosterebbe le teorie ristorative. Dunque, forse entrambe le teorie possono insieme suggerirci il significato misto ristoratore/circadiano del Sonno, per cui non si ha bisogno di recuperare con esattezza le ore di sonno perse ed i danni da privazione temporanea di sonno non appaiono significativi e/o permanenti. Naturalmente la cosa cambia quando ci si trova di fronte ad alterazione del ritmo sonno-veglia ed in particolare ad insonnia. Possiamo classificare i vari tipi di insonnia in rapporto a tre criteri: fenomenologico, temporale, eziologico.

Sul piano fenomenologico l'insonnia verrà distinta in:

1. a) **Insonnia totale: episodica, rara, generalmente di breve durata, solitamente secondaria a situazioni spiacevoli (insonnia reattiva), lesioni encefaliche e fasi maniacali.**
2. b) **Insonnia parziale: più frequente, rappresenta più del 90% delle insonnie:**

- iniziale o predormizionale, con difficoltà di addormentamento variabile dalla 30 minuti ad alcune ore, in rapporto all'ora solita di addormentamento del soggetto);

- centrale o dormizionale: con frequenti risvegli notturni, di breve durata, media o lunga durata, inficianti sia la quantità che la qualità del sonno;

- terminale o postdormizionale: con fasi di addormentamento e mantenimento del sonno normali e risveglio mattutino precoce.

Sul piano temporale l'insonnia verrà distinta in:

1) **Transitoria:** durata di pochi giorni fino ad un massimo di 2 settimane suddivisibile in:

1. a) **occasionale:** contingente a disfunzioni/disagi somatici (stati dolorosi, tosse etc.) o psichici (esperienze di perdita, lutti, separazioni, attesa di avvenimenti piacevoli o spiacevoli, problemi lavorativi o familiari);
2. b) **ricorrente o ciclica:** a seguito di condizioni che si ripetono nel tempo con periodicità (stati depressivi mascherati, cefalee a grappolo, dolori da ulcera);

2) **Persistente:** durata inferiore alle tre settimane, segnale o spia di disturbo somatico (generale o neurologico) o di malattia psichica (depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, eccitamento maniacale, psicosi acute);

3) **Cronica:** durata superiore alle tre settimane con persistenza per mesi o anni, per lo più sintomo di disturbo psichiatrico, spesso di tipo nevrotico, con l'aggravante nel caso dell'insonnia tensionale dell'agripnofobia (condizionamento negativo del soggetto nei riguardi del proprio sonno e/o dell'ambiente in cui dorme).

Sul piano temporale l'insonnia verrà distinta infine in:

## 1. A) **Insonnia primaria**

- situazionale o reattiva: causata da avvenimenti, sia di natura organica che psicologica, compromettenti in modo episodico il sonno;

- cronica: secondaria a disturbi psichici, può determinare un'insonnia tensionale.

1. B) **Insonnia secondaria** a:
  2. a) MALATTIE PSICHIATRICHE: psicosi affettive e schizofreniche; demenze primarie (Morbo di Alzheimer) e secondarie;
  3. b) MALATTIE NEUROLOGICHE: Encefaliti, Encefalopatie tossiche, Corea, Parkinson;
  4. c) MALATTIE INTERNISTICHE: osteoartrosi; artrite reumatoide; angina pectoris; ernia iatale; ulcera duodenale; sindrome del tunnel carpale; insufficienza renale cronica; cardiopatie varie; scompenso cardiaco; encefaliti; encefalopatia porto-cavale; asma bronchiale; ipertensione arteriosa; emicrania classica; aritmie cardiache; paralisi progressiva; ipertiroidismo; ipotiroidismo;
  5. d) FARMACI ED ALCOOL: da tolleranza o sospensione di farmaci deprimenti il SNC; da uso protratto o sospensione di benzodiazepine, secondaria a farmaci ad azione stimolante sul sistema nervoso centrale (anfetamine, cortisone), ed infine da alcoolismo cronico.
6. C) **Insonnia intermedia** per:
  7. Deficit respiratorio indotto dal sonno: Apnea morfeica; Sindrome da ipoventilazione alveolare.
  8. Associata a mioclono notturno: -sindrome delle gambe senza riposo.
9. D) **Pseudoinsonnie**

In questo gruppo, pur lamentando il paziente insonnia, da un'anamnesi corretta si scopre che non si tratta realmente di insonnia:

- 1) costituzionali: soggetti con esigenza di numero di ore di sonno inferiori alla norma;
- 2) riduzione di sonno ageica;
- 3) alterazioni del ritmo sonno/veglia:

1. a) transitorie: jet lag syndrome; da lavoro (turnisti); mancanza di zeitgeber (studenti, anziani, disoccupati);
2. b) permanenti: sindrome da periodo di sonno ritardato, da periodo di sonno anticipato, da periodo di sonno non di 24 ore.

Tra i disturbi del sonno diversi dall'insonnia abbiamo anche:

#### IPERSONNIE

1. a) psicofisiologica: situazionale o persistente;
2. b) associata ad affezioni psichiatriche, in particolare alle psicosi affettive;
- c) associata a deficit respiratorio indotto dal sonno: questa è una sindrome che da alcuni autori viene inclusa tra le insonnie, mentre da altri viene

considerata una forma di ipersonnia, a seconda che si consideri la genesi del disturbo o la sua manifestazione più eclatante;

3. d) associata ad ingestione di farmaci o alcool;

4. e) sindrome narcolessia/cataplessia;

5. f) miscellanea: altre condizioni mediche, tossiche, ambientali o idiopatiche.

#### PARASONNIE

- Sonnambulismo;
- terrore notturno ed attacchi d'ansia nel sonno;
- enuresi;
- crisi epilettiche morfeiche;
- altre disfunzioni legate al sonno.

#### IL SOGNO

E' per prima Melanie Klein che analizzando i bambini si accorge che il linguaggio del gioco è simile al linguaggio del sogno, a significare che il gioco del bambino non può venire che dalle rappresentazioni interne che si è costruito nel primo periodo della sua vita, nella sua relazione con i genitori (genitori che stanno insieme bene o che discutono e/o litigano, costruiscono significazioni rappresentazionali fortemente affettive.

**Sogno** dunque rivelatore di processi trasformativi che impegnano i sistemi di rappresentazione e di significazione, fino ad arrivare al linguaggio ludico, in cui il bambino che non parla significa il suo mondo relazionale attraverso il gioco.

Sogno nell'anziano come attribuzione di significato ad un'esperienza antica rivissuta attraverso la migliore ritrascrizione ipnica possibile all'interno del meccanismo del **RI-COR-DO**, ovvero riportare nel cuore. SOGNO anche identificabile come soddisfazione allucinatoria di un desiderio represso, considerando l'enorme ruolo svolta dalla memoria all'interno del sogno, riportando a galla vissuti che non possono essere verbalizzati, ma solo rappresentati. E sono molte le esperienze emozionale del soggetto che riaffiorano mediante il sogno ed il soggetto forse trae il massimo beneficio dal Sonno nel processo di recupero della memoria implicita, quella che a mio avviso consente all'individuo di avere nuove idee a partire da una matrice in parte individuale ed in parte collettiva.

E forse il Sogno è il più importante guardiano o argine di quelle esperienze dimenticate e che non possono essere narrate se non attraverso la rappresentazione simbolica sognante. Come dire che chi sogna ad occhi aperti si sta difendendo e non poco sul piano relazionale, occupato com'è in percorsi di approfondimenti elaborativi intrapsichici.

La memoria implicita diventa improvvisamente visibile, seppure in uno spazio temporale dimensionato, nelle immagini nei sogni che attingono lontano a partire dalle lande della complessa vita protopsichica del soggetto supposto essere, attraverso la cifrazione di codici dapprima senso-cinetici e successivamente figurativo-verbali, in una sorta di progressione somato-psichica in cui decidiamo che sia nata prima la Gallina e poi l'Uovo, ovvero prima abbiamo sentito e ci siamo mossi e poi abbiamo imparato a pensare a partire dal codice senso-motorio.

Questa costruzione ontogenetica dell'individuo, produce di fatto un ponte somato-psichico costantemente alla ricerca di equilibrio tra l'acceleratore delle tensioni pulsionali nuove volte al cambiamento ed il sistema frenante della memoria implicita volta alla conservazione dell'attuale.

Ed il linguaggio del Sogno contiene un codice espressivo per lo più non verbale di atti incompiuti che significa il non agire del Soggetto. Il Sogno dunque non va a toccare l'azione, rifugge l'azione, ha a che fare con la forza energetico-pulsionale che il Soggetto pone nell'azione. Il Sogno va a sostituire l'Azione. Anche quando l'Azione si fa parola.

ANTONIO LERA

Docente Università degli Studi de L'Aquila

Neurologo, Psicoterapeuta