

Eziopatogenesi dell'insonnia primaria: fattori causali

© 1994 Liguori Editore

Ultima revisione: 30 maggio 2007

© 2002 WEB

Presente in: N. Lalli, A. Fionda, *L'altra faccia della luna. Il mistero del sonno. I problemi dell'insonnia*, Liguori Editore, Napoli 1994.

Con il termine *insonnia primaria* facciamo riferimento a tutte quelle forme che non presentano alcuna associazione con disturbi di natura organica o psichiatrica. Esistono diverse forme di insonnia primaria, ma senza dubbio quelle di più frequente riscontro nella pratica clinica sono l'insonnia reattiva e quella psicofisiologica (vedi il capitolo XII), ed è sostanzialmente di queste che ci occuperemo.

È difficile dare una spiegazione eziopatogenetica dell'insonnia che sul piano psicopatologico sia in accordo con quanto abbiamo detto precedentemente a proposito dell'aspetto neurofisiologico e neurochirnico. Per questa ragione sarà utile, almeno in un primo momento, tener separati i due aspetti, salvo poi cercare di ricollegare lo psichico al biologico ogni qual volta questo sarà possibile, in modo che l'operazione non risulti come una forzatura.

Per poter studiare con una certa accuratezza i fattori causali di insonnia primaria sarebbe necessario uno studio di tipo longitudinale su un certo numero di pazienti-campione da seguire per anni, il che richiederebbe tempi estremamente lunghi, oltre che una quantità di lavoro enorme. Cercheremo quindi di fare delle ipotesi basandoci su alcuni dati ricavati dalla letteratura più recente in materia di insonnia. Nel prendere in considerazione le possibili cause di insonnia seguiamo tre indicazioni fondamentali:

- 1) la predisposizione biologica;
- 2) lo stress ambientale;
- 3) i fattori psicologici.

È utile, ai fini di una certa chiarezza, considerare separatamente questi fattori per cercare di capire quali siano i meccanismi attraverso cui ognuno di essi conduce ad una specifica forma di insonnia. In questo modo possiamo ricollegare una determinata forma insonnia ad un preciso fattore causale: lo stress all'insonnia reattiva, una predisposizione biologica all'insonnia idiopatica, e i fattori psicologici all'insonnia psicofisiologica.

Se un modello di causalità lineare può essere plausibile in certi casi, tuttavia non si può escludere l'esistenza di possibili interazioni tra i vari fattori nel determinare altri quadri di insonnia.

Non è raro, ad esempio, che su una generica predisposizione ad un sonno ridotto si innestino fattori di tipo psicologico che possono portare ad un'insonnia psicofisiologica; o che un'insonnia reattiva persista, anche dopo che la causa scatenante è scomparsa, perché mantenuta da altre situazioni.

Sarebbe quindi corretto pensare all'insonnia come ad un disturbo ad etiologia multifattoriale in cui il peso relativo di ciascun fattore concausale contribuisce a determinarne le caratteristiche.

1. PREDISPOSIZIONE BIOLOGICA E INSONNIA IDIOPATICA

Attualmente le nostre conoscenze circa l'esistenza di una predisposizione biologica all'insonnia sono ancora piuttosto scarse.

Quello che siamo in grado di affermare con certezza è che nei vari individui esiste una diversa propensione al sonno sulla base di una necessità strettamente personale: sono abbastanza comuni le definizioni di *short sleepers* e *long sleepers* per indicare le differenze in termini quantitativi rispetto alla media dei cosiddetti *buoni dormitori*. Effettivamente il bisogno di sonno è assolutamente individuale e variabile da una persona all'altra: esistono soggetti che dormono dalle quattro alle sei ore per notte e che tuttavia non accusano né disturbi né un calo delle prestazioni durante la giornata. Molto spesso si incorre nell'errore di considerare questi individui come insonni, mentre in realtà è più corretto definirli come *pseudoinsonni costituzionali*, cioè soggetti iperattivi aventi una ridotta esigenza di sonno, i quali nell'arco della propria vita hanno sempre dormito per un numero di ore relativamente scarso senza che questo abbia mai costituito per loro una fonte di disagio.

Ci sono invece casi di cosiddetta insonnia idiopatica in cui il dato di un sonno quantitativamente ridotto o comunque poco ristoratore compare precocemente nell'anamnesi personale del paziente rappresentando, al contrario della pseudoinsonnia costituzionale, un disturbo serio che può aggravarsi con il tempo. Le forme idiopatiche di insonnia sono di rara osservazione nella loro forma pura; non sono noti i meccanismi che stanno alla base di questi disturbi, ma sembra che alcuni autori abbiano rilevato l'esistenza di lievissimi segni neurologici in questi pazienti, rispetto alle altre categorie di pazienti insonni. È interessante anche il fatto che alcuni autori [9], abbiano riscontrato negli insonni cronici un elevato livello di vigilanza, il quale è stato interpretato e considerato come suggestivo di una disfunzione a livello centrale, un fenomeno operante su tutto l'arco delle 24 ore, stabilmente e non soltanto durante la notte.

Questa tendenza *all'iperarousal* è stata considerata come predisponente all'insonnia cronica, come una causa necessaria ma non sufficiente che può essere esacerbata da varie condizioni, tra cui lo stress ed i disturbi psicopatologici. Essa inoltre costituirebbe un fattore indipendente e distinto dall'ansia o da altri stati psicopatologici, potendo al più interagire con essi.

2. EVENTI DI VITA STRESSANTI E INSONNIA REATTIVA

Con questa espressione ci si riferisce comunemente a situazioni che sono causa di stress per una determinata persona. In genere si tratta di problemi in campo lavorativo, in ambito familiare o di salute ovvero di avvenimenti spiacevoli che spesso si ricollegano all'esperienza della separazione (divorzi, lutti, allontanamento o perdita di persone significative). Molto spesso non si considera il fatto che un avvenimento stressante non deve essere necessariamente negativo, ma può avere al contrario una connotazione positiva: l'aspetto rilevante rimane collegato alla forte carica emozionale che l'accompagna e all'entità del coinvolgimento.

Infine un qualsiasi avvenimento può risultare stressante anche in ragione del particolare significato che gli viene attribuito da chi ne fa esperienza, generalmente in relazione a dinamiche molto profonde. In altre parole l'avvenimento, che di per sé può non essere stressante, lo diventa secondariamente per l'eccessiva ansia con cui viene affrontato e per il significato abnorme di cui viene investito.

In genere l'individuo, di fronte allo stress, produce una reazione aspecifica che mette in atto meccanismi di difesa adatti a proteggerlo e a portarlo ad un nuovo livello di adattamento alle mutate condizioni ambientali. Sul piano strettamente fisiologico, nella fase iniziale di risposta si realizza un'iperattività simpatica che comporta un'iperincrezione di catecolamine, mentre persistendo lo stress subentra in un secondo momento un meccanismo a lungo termine che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisurrene.

Sul piano psicobiologico si viene a creare uno stato di *arousal*, vale a dire di accresciuta vigilanza e di allarme, che rappresenta il correlato comportamentale delle modificazioni fisiologiche ed endocrine. Nel mobilitare una quantità di risorse sia fisiche che psicologiche non è sempre implicito che l'individuo raggiunga un adattamento che risulti funzionale, anzi molto spesso questo può essere disfunzionale e dar luogo ad una qualche forma di patologia. Il livello individuale di mobilitazione e di adattamento è connesso soprattutto alla gravità e alla natura dello stress ed anche a come questo viene vissuto dal soggetto. Questo modello è quello che meglio si adatta alla spiegazione dell'origine delle forme reattive di insonnia che in alcune classificazioni vengono infatti descritte come «disordini del sonno da adattamento» (vedi cap. XII). In questi casi è evidente che il meccanismo biologico sottostante fa riferimento ai correlati

neurovegetativi dell'emozione sostenuti da un'attivazione di tipo neurochimico attraverso il rilascio delle catecolamine: lo stato di ipervigilanza che ne deriva non si concilia con il sonno. A queste cause possiamo far risalire tutte le forme di insonnia transitoria o episodica associate ad un evento emozionale piacevole o spiacevole, le quali generalmente si risolvono con la scomparsa dell'avvenimento scatenante o con il progressivo adattamento ad esso da parte del soggetto. È utile sottolineare che spesso sono le persone comunemente definite come "emotive" a soffrire di queste forme di insonnia reattiva, poiché si tratta di soggetti aventi una soglia per l'emotività costituzionalmente bassa in relazione alle loro caratteristiche psicologiche. Può essere opportuno ricordare che una situazione di bassa soglia non deve essere ricercata soltanto in ambito costituzionale, ma può venire a realizzarsi gradualmente con l'avanzare dell'età. È frequente che i soggetti anziani soffrano di episodi di insonnia reattiva in seguito ad avvertimenti vissuti con una forte intensità emotiva.

3. FATTORI PSICOLOGICI E INSONNIA PSICOFISIOLOGICA

Esistono forme di insonnia, come quella psicofisiologica (vedi cap. XII) la cui spiegazione non può essere data in termini di reazione allo stress o di predisposizione biologica. Il più delle volte questo tipo di insonnia ha un decorso cronico, o meglio ciclico, in cui periodi di remissione si alternano a periodi di recrudescenza che rappresentano un serio e grave problema per il paziente.

Non è sempre possibile identificare un avvenimento scatenante tale da potergli conferire un valore causale nell'insorgenza e nello sviluppo di un disturbo del sonno, perciò è evidente che le cause vanno ricercate altrove. Se prendiamo in considerazione la storia personale di questi soggetti vi notiamo la presenza di dati abbastanza interessanti: un'alta incidenza di incubi durante l'infanzia, l'esperienza di un elevato numero di avvenimenti spiacevoli (perdite, separazioni), la presenza di disturbi di tipo somatico, problemi familiari [3].

Alcuni autori [4], hanno riscontrato che nei bambini, futuri insonni, esiste una tendenza ad esprimere il disagio e il malcontento attraverso uno schema di somatizzazione inerente soprattutto a bisogni fondamentali come il cibo ed il sonno, piuttosto che per mezzo di qualche difficoltà di comportamento manifesta. Evidentemente un'insonnia cronica deve dipendere in qualche modo dall'esistenza di peculiari caratteristiche psicologiche del soggetto che ne soffre. Dai diversi studi effettuati con lo scopo di ottenere uno o più profili psicopatologici-tipo dei pazienti insonni cronici si ricava un insieme di dati abbastanza omogeneo. La maggior parte degli autori è concorde nel sostenere che negli insonni cronici esista un certo grado di psicopatologia, anche se i valori riferiti alla metà dei pazienti in termini percentuali si discostano un poco tra di loro: Carskadon M. e Dement W. trovano profili anormali

soltanto nel 58% dei soggetti [1], Kales A. e Kales J.D. nell'85% [4], Roth T. e Kramer M. nell'88% [6].

I tratti di personalità (testati con MMPI) riscontrati con maggior frequenza in tutti gli studi sono relativi alla triade depressione-ansia-isteria. In altre parole, gli insonni cronici presentano tratti nevrotici più spesso di tipo ansioso o depressivo o soffrono di una nevrosi isterica; mentre in una percentuale di casi decisamente inferiore si hanno altri tipi di disturbi psicopatologici (nevrosi ossessivo-fobica, tendenze psicopatiche, schizofrenia) [4].

Non è sempre facile, a partire da questi dati, capire quale sia il tipo di meccanismo che da una condizione di psicopatologia apre la strada all'insonnia.

Probabilmente, soltanto nel caso di una nevrosi d'ansia è possibile dare una spiegazione che sia soddisfacente sia sul piano psicopatologico che su quello neurofisiologico. Comunemente l'ansia viene definita come una paura senza oggetto o meglio come la penosa aspettativa di qualcosa di spiacevole che può succedere. Essa è fisiologica poiché corrisponde alla messa in atto di un programma biologico che pone l'individuo in uno stato di allarme di fronte ad un eventuale pericolo. Nel momento in cui l'ansia si presenta come quantitativamente eccessiva o si manifesta anacronisticamente, cioè legata a situazioni che mediamente non sono ansiogene, essa diventa patologica, non è più funzionale e comporta uno scadimento delle prestazioni dell'individuo. E quanto si verifica nei nevrotici ansiosi, i quali vivono costantemente in uno stato anticipatorio, sempre al di là delle situazioni contingenti. Tutto questo, sul piano neurofisiologico si accompagna ad un'iperattività delle strutture presposte al controllo della vigilanza, perciò «non è difficile capire come i nevrotici ansiosi forniscano uno dei più alti contingenti dell'insonnia; e sono forse questi gli unici casi nei quali l'insonnia può avere una spiegazione neurofisiologica» [10].

Un'altra importante causa di insonnia è la depressione: ci riferiamo a quella nevrotica, lasciando da parte la depressione endogena, poiché in questi casi l'insonnia rappresenta sul piano clinico una manifestazione degli squilibri biochimici che la definiscono. Al contrario, può essere difficile comprendere il significato dell'insonnia all'interno di una depressione nevrotica. Sul piano neurofisiologico, è possibile ricollegarsi alla componente ansiosa: infatti è difficile trovare casi di depressione nevrotica senza ansia. Inoltre una psiconevrosi nasce sempre da uno stato ansioso ed è proprio l'ansia a mettere in atto quei meccanismi di difesa che in un secondo momento portano alla formazione del sintomo. Quindi lo stato ansioso sottostante è responsabile dello sviluppo e del mantenimento dell'insonnia ed in un certo senso, benché esista una varietà di strade nevrotiche che conducono all'insonnia, il meccanismo neurofisiologico è lo stesso da una situazione all'altra. Questo, forse, è vero soltanto in parte, nel senso che sarebbe riduttivo pensare che l'insonnia non abbia un suo preciso significato che cambia in relazione al tipo di nevrosi. Nel caso della depressione, l'insonnia potrebbe entrare a far

parte del quadro generale di alterazione dei bisogni primari, insieme al bisogno di cibo e all'attività sessuale. È corretto parlare di alterazione, più che di perdita di tali bisogni, dal momento che possono essere presenti manifestazioni di segno opposto: l'insonnia, ma anche l'ipersonnia, la bulimia accanto all'anoressia.

D'altra parte sarebbe anche molto interessante venire a conoscenza di che cosa il depresso effettivamente sogni¹, poiché se nel sogno si ripropone il vissuto depressivo e prevalgono i contenuti pessimistici, allora l'insonnia potrebbe acquistare un valore di difesa dal sonno, o meglio dal sogno. In ultima analisi, in un certo numero di pazienti l'insonnia rappresenta l'unica manifestazione di uno stato depressivo mascherato. Con questa espressione intendiamo riferirci a tutte quelle forme di depressione che non si offrono all'osservazione come tali, cioè accompagnate dal corteo sintomatologico classico che siamo abituati a ricercare, ma che sono piuttosto caratterizzate dalla presenza di sintomi somatici, mentre al contrario i sintomi psichici sono poco evidenti. I sintomi più frequenti di queste forme depressive sono l'apatia, l'astenia, l'anoressia, la perdita della libido, una stipsi ostinata ed una dispepsia marcata accanto, appunto, all'insonnia la quale, a volte, può esserne l'unica manifestazione.

Concludiamo con l'insonnia nelle nevrosi isteriche premettendo una precisazione. I dati circa i profili psicopatologici degli insonni cronici sono stati ricavati utilizzando test psicometrici di personalità, tra cui più frequentemente il MMPI, il quale riferisce i tratti isterici a situazioni che in realtà corrispondono alle nevrosi ossessivo-fobiche, per cui è a queste che dobbiamo riferirci. In questi soggetti l'oggetto fobico è il sonno, poiché questo molto spesso corrisponde ad una fantasia di addormentamento-morte e di perdita del proprio controllo. In questi casi esiste dunque un vero e proprio atteggiamento fobico nei confronti del proprio sonno: il meccanismo attraverso cui si realizza e si mantiene il disturbo del sonno è quello tipico del soggetto fobico, vale a dire l'evitamento. Esistono anche altre situazioni fobiche che non sono legate direttamente al sonno, ma che secondariamente possono condizionare l'insorgenza dell'insonnia, tra cui la claustrofobia.

Un particolare tipo di fobia di cui soffrono tutti i pazienti insonni, che si tratti di forme croniche o reattive non ha importanza, è la *agripnofobia*, cioè la paura dell'insonnia. Il paziente che soffre di insonnia è in genere estremamente preoccupato circa gli effetti e le conseguenze che questa può avere il giorno successivo sul proprio umore e sul proprio livello prestazionale, fisico e psichico. Il malessere, a volte, può essere così grave che il paziente è praticamente spaventato al pensiero di ripetere una simile esperienza. Per questa ragione al momento di andare a letto, ma soprattutto dopo lo spegnimento delle luci, egli entra in uno stato ansioso nei confronti del proprio sonno, preoccupato di come passerà la notte e di come si sentirà il giorno successivo. Non è raro che egli metta in atto una serie di strategie per rimandare il momento in cui deve

¹ È in corso una ricerca in questo senso, anche per evidenziare se c'è un nesso tra sogni angoscianti e terapeuticità della soppressione della fase REM nel depresso endogeno (Lalli N.).

coricarsi. Una volta a letto il paziente si sforzerà attivamente di dormire, ma con risultati opposti: spesso si addormenta all'alba, nel momento in cui ha perso ogni speranza di poter dormire e quindi si rilassa. In pratica si tratta di un condizionamento negativo che si verifica nei confronti del sonno stesso, ma anche dell'ambiente in cui si dorme, per cui a volte può essere utile cambiare stanza. t comunque una complicazione che subentra a qualsiasi tipo di insonnia, contribuendo a creare un circolo vizioso dal quale non è sempre facile uscire.

Bibliografia

- [1] CARSKADON M.A., DEMENT W.C., MITLER M.M., GUILLEMINAULT C., ZARCONI V.P., SPIEGEL R., «Self-report versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia», *Am. J. Psych.* 133 (12): 1382-1387, 1976.
- [2] GOLDENBERG F., GOLDENBERG E., LACOMBE J., BENOIT O., «Éveil intrasommeil chez de mauvais dormeurs de 20 à 30 ans. Corrélation avec le niveau d'anxiété et la personnalité». *Revue EEG Neurophysiol.* II:102-109, 1981.
- [3] HEALEY E.S., KALES A., MONROE J.R., BIXLER E.O., CHAMBERLIN K., SOLDATOS C.R., «Onset of insomnia: role of stress life events», *Psychosom. Med.* 43 (5): 439-451, 1981.
- [4] KALES A., CALDWELL A.B., SOLDATOS C.R., BIXLER E.C., KALES J.D., «Biopsychobehavioral correlats of insomnia II, Pattern specificity and consistency with the MMPI», *Psychosom. Med.* 45 (4): 341-355, 1983.
- [5] PAILHOUSE E., BENOIT O., GOLDENBERG F., BOUARD G., PAYANT C., «Psychological profile and sleep organisation in young subjects with poor quality of sleep», *Psychiatry Res.* 26:327-336, 1988.
- [6] ROTH T., KRAMER M., LUTZ T., «The nature of insomnia: descriptive summary of a sleep clinic population», *Compr. Psych.* 17 (I): 217-220, 1976.
- [7] SCHNEIDER-HELMERT D., «Twenty-four hour sleep-wake function and personality patterns in chronic insomniacs and health controls», *Sleep* 10 (5):452-462, 1987.

- [8] SOLDATOS C.R., KALES A., "Sleep disorders: research in psychopathology and its practical implications". *Acta Psych. Scand.* 65: 381-387, 1982.
- [9] STEPANSKY E., ZORIK F., ROHERS T., YOUNG D., ROTH T., «Daytime alertness in patient with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects», *Sleep II* (1): 54-60, 1988.
- [10] VIZIOLI R., «Insomnia in neurologia e psichiatria», in AA.VV., *Il sonno e le insonnie*, Ed. A. Delfino, 1982 Roma.

Ultima revisione: 30 maggio 2007