

Modificazioni dell'esperienza soggettiva del sogno e risposta alla terapia antidepressiva

Changes in subjective dream experience and response to antidepressant treatment

L. FONZI
M.M. MOSCARIELLO
G. MATTEUCCI
D. PUCCI*
G. BERSANI

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università di Roma "La Sapienza";
*Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica "G. Santarelli",
Università di Roma "La Sapienza"

Key words

Depression • Dream experience • Antidepressants

Correspondence: Prof. Giuseppe Bersani, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, viale dell'Università 30, 00185 Roma
Tel. +39 06 49914459
E-mail: giuseppe.bersani@uniroma1.it

I dati presentati in questo articolo sono stati comunicati al X e al XI Congresso della Società Italiana di Psicopatologia.

Summary

Aims

The present study investigated subjective dream experience of depressed patients before and during antidepressant treatment, to examine the association between depression and dreaming and to explore whether changes in subjective dream experience are related to clinical response to antidepressants.

Methods

*A sample of 21 depressed outpatients (10 with Major Depressive Disorder, 4 with Adjustment Disorder, 3 with Mixed Anxiety-Depressive Disorder, 2 with Dysthymic Disorder and 2 with Depressive Disorder NOS) were recruited from the Psychiatry and Clinical Pharmacology Unit of the University Hospital. Patients were examined at baseline, when still symptomatic and medication free, and then after 3 and 7 weeks of antidepressant treatment. Of these patients 15 were treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, 5 with venlafaxine and one with mirtazapine. At baseline and on the two controls, clinical status and dream experience features were assessed using, respectively, the Beck Depression Inventory (BDI), the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and evaluation of sleep amount and quality for the former, and a questionnaire on dream experience (Tabs. I, II), expressly developed for the study, for the latter. Clinical status changes were tested using Student *t* Test and dream feature changes were analysed with Binomial Exact Test.*

Results

At the end of the observation, almost all patients showed a clinical response to antidepressants, as demonstrated by a decrease in BDI ($p < 0.01$) and MADRS ($p < 0.01$) scores and by an increase in sleep amount ($p < 0.01$) and quality ($p < 0.01$) (Tab. III). With regard to subjective dream experience, at baseline patients reported a decrease in dream amount as compared to the past (52.4% of patients) and changes in dream recall (Fig. 1), which was less clear than before ($p < 0.05$), and in dream complexity, which was increased in comparison with the past (47.6% of patients). Furthermore, no significant changes in dream emotionality (Fig. 2, Tab. IV), which appeared to be more negative than before, were reported. After 7 weeks of treatment, significant changes in dream experience were reported, such as an increase in dream amount ($p < 0.05$), increase in clearness of dream recall ($p < 0.05$) (Fig. 1) and change of dream emotional colour. In a positive direction ($p = 0.05$) (Fig. 2); changes in dream feelings, which appeared to be more pleasant than those at baseline, were not significant (Tab. IV).

Conclusions

First of all, these data demonstrate that depression affects subjective dream experience: even though only dream amount, dream recall quality and dream complexity are significantly influenced by the disorder, furthermore, dream emotional colour and feelings show interesting changes. The most important finding, however, is that significant changes in dream experience features, in particular dream amount, dream recall clearness and dream emotional colour, occur when patients improve during antidepressant treatment; these changes may, therefore, play a role as a possible marker of clinical response to antidepressants.

Introduzione

L'esistenza di una connessione tra depressione e alterazioni del sonno è nota ormai da alcuni decenni. È un'osservazione clinica frequente che i pazienti depressi riportino difficoltà ad addormentarsi, sonno frammentato e risveglio mattutino precoce, oltre ad una generica sensazione spiacevole di sonno non riposante. A questi disturbi di natura soggettiva corrispondono alterazioni oggettivamente dimostrabili nelle registrazioni polisonnografiche. Nella maggior parte dei depressi, infatti, si riscontrano una riduzione del tempo totale di sonno (causato dall'aumentata latenza all'addormentamento, dal risveglio precoce e dalla discontinuità del sonno), dell'efficienza del sonno (ossia il tempo effettivo di sonno rispetto a quello trascorso a letto) e, soprattutto, una modificazione della struttura del sonno, caratterizzata da ridotta latenza del primo episodio di sonno con movimenti oculari rapidi (*rapid eye movement*, REM) (< 65 minuti), elevata densità dei movimenti oculari rapidi (densità REM), aumento percentuale del totale di sonno REM durante la notte, cui si associa uno spostamento dello stesso verso la prima parte del sonno.

Molto meno, invece, si sa sulla relazione intercorrente tra disturbi depressivi e caratteristiche dei sogni. La letteratura sull'argomento, infatti, è scarsa, e i dati ottenuti sono spesso contrastanti. La causa di questa insufficienza è sicuramente da attribuire alla peculiarità della materia: non esiste, infatti, una metodologia standard universalmente accettata per studiare i sogni, ed è difficile che ricercatori differenti ottengano risultati paragonabili, con la conseguenza che la possibilità di accertare la consistenza dei dati proposti è notevolmente limitata.

Nonostante esistano queste difficoltà, però, esistono alcune caratteristiche dei sogni dei pazienti depressi che, essendo riportate da più Autori, possiamo considerare relativamente costanti. Innanzitutto, i depressi riportano generalmente un numero di sogni piuttosto basso, inferiore sia a quello degli altri pazienti psichiatrici che a quello dei soggetti sani; i loro resoconti onirici, sia quelli ottenuti al mattino che quelli ottenuti da forzati risvegli dalle fasi REM del sonno, hanno una lunghezza inferiore alla media dei controlli e sono spesso confusi e carenti di dettagli¹⁻⁹. Questi aspetti evidenziano una delle caratteristiche più significative dei pazienti depressi, ossia la loro scarsa capacità di ricordare i sogni. Inoltre, diversi autori riportano che i pazienti depressi forniscono resoconti onirici aridi, ossia caratterizzati da un tono affettivo appiattito^{1-3,6}. Quando espressamente chiesto, la natura delle emozioni riferite è prevalentemente negativa: sentimenti di inadeguatezza, ansia, tristezza, sembrano essere presenti più spesso di quanto avviene in individui non depressi^{2,3,5,8}. Anche

il contenuto dei sogni appare alterato. La prospettiva temporale è generalmente ristretta, con preponderanza di elementi inerenti il passato; l'ambiente è conosciuto; i personaggi del sogno sono per lo più componenti della famiglia^{1-5,8,10}. Alcuni temi depressivi, quali perdita, morte, separazione, sono prevalenti secondo alcuni studi^{1,11}; inoltre, alcuni Autori hanno rilevato un'elevata frequenza di sogni cosiddetti "masochistici", ossia sogni in cui il protagonista è vittima di soprusi, maltrattamenti, offese, punizioni e azioni simili^{3,12-14}.

Il numero degli studi che esaminano la variazione delle caratteristiche sopra descritte in rapporto all'evoluzione della sintomatologia depressiva è ancora più esiguo. Gli unici dati riportati da più di un Autore riguardano il contenuto manifesto dei sogni e le emozioni ad essi associate. La percentuale di sogni masochistici rimane costante anche al di fuori dell'episodio depressivo, suggerendo l'ipotesi che questo aspetto rappresenti un tratto della personalità dei pazienti che vanno incontro a depressione, ossia che non sia stato-dipendente^{3,12,14}. Le emozioni negative e la presenza generica di ostilità si riducono parallelamente al miglioramento clinico^{4,5,7,15,16}; si pone in contrasto con questo risultato soltanto il lavoro di Miller¹⁷, il quale sostiene che i sogni dei pazienti depressi in remissione sono più ricchi di conflitti ed emozioni negative di quelli dei pazienti in fase acuta. Sono contrastanti i dati riguardanti il numero di sogni riportati, la sterilità e la brevità dei resoconti.

All'interno di questo complesso panorama si colloca la presente ricerca, che ha due obiettivi principali. Il primo è quello di studiare le modificazioni dell'attività onirica dei depressi, con particolare riferimento all'esperienza soggettiva del sogno. Quindi, quello di valutare come l'esperienza del sogno si modifichi in conseguenza di una terapia antidepressiva, al fine soprattutto di evidenziare una relazione che abbia valore clinico. Lo studio ha lo scopo, infatti, di dimostrare che il ritorno dei parametri onirici alle caratteristiche premorbose è un indice sensibile e precoce del miglioramento clinico e, quindi, del successo della terapia antidepressiva prescritta.

Materiale e metodi

Il campione oggetto di studio è stato selezionato tra i pazienti afferenti all'Ambulatorio del Servizio di Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica del Policlinico "Umberto I" di Roma. I pazienti sono stati reclutati al momento della loro prima visita (T_0), in occasione della quale veniva posta diagnosi e prescritta una terapia; quindi, sono stati successivamente esaminati alla prima visita di controllo (T_1), dopo tre settimane di terapia, e alla seconda visita di controllo (T_2), quattro settimane dopo la precedente. I criteri di in-

clusione nello studio sono stati: 1) diagnosi di un disturbo caratterizzato dalla presenza di umore depresso; 2) assenza di manifestazioni psicotiche; 3) assenza di trattamento farmacologico antidepressivo nel mese precedente la prima visita. Un numero totale di 21 pazienti, rispondenti a tali criteri, ha portato a termine tutte e tre le fasi dello studio. Il campione è costituito da 19 donne e 2 uomini, di età media pari a $45 \pm 13,5$ anni, con livello di istruzione medio-alto (il 71% dei pazienti ha il diploma di scuola secondaria superiore) e attività lavorativa variabile. I pazienti si sono distribuiti tra cinque tipologie di diagnosi, poste seguendo i criteri del DSM-IV-TR: Disturbo Depressivo Maggiore¹⁰, Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso⁴, Disturbo d'Ansia NAS – Misto Ansioso-Depressivo³, Disturbo Depressivo NAS² e Disturbo Distimico². Tutti i pazienti sono stati trattati con farmaci antidepressivi, secondo la seguente distribuzione: venlafaxina⁵, sertralina⁴, fluvoxamina⁴, escitalopram⁴, paroxetina², mirtazapina¹ e citalopram¹. A 16 pazienti sono state prescritte anche benzodiazepine.

In occasione di ciascuna visita, lo stato dell'umore dei pazienti è stato determinato mediante l'uso di due scale di valutazione: la *Beck Depression Inventory* (BDI), nella versione ridotta da 13 item, che consen-

te di conoscere la valutazione soggettiva del paziente sulla sua condizione, e la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), che ne dà, invece, una misura oggettiva. Oltre a queste due scale, sono state prese in esame la quantità e la qualità del sonno dei pazienti, entrambe valutate in maniera soggettiva dai pazienti stessi. La quantità è stata misurata chiedendo al paziente una stima del numero di ore di sonno trascorse nella notte precedente la visita stessa. Per misurare la qualità, invece, è stato chiesto al paziente quanto il proprio sonno fosse stato riposante, sempre con riferimento alla notte precedente la visita; le risposte ottenute sono state quantificate come 0 = sonno per niente riposante, 1 = sonno scarsamente riposante, 2 = sonno mediamente riposante, 3 = sonno riposante, 4 = sonno molto riposante. Questi due parametri sono stati utilizzati non solo per aggiungere informazioni sullo stato clinico dei pazienti, ma anche per dimostrare l'effetto della terapia farmacologica sul sonno.

Infine, è stato utilizzato un questionario sull'Esperienza Soggettiva del Sogno, sviluppato apposta-

Tab. I. Questionario utilizzato per l'indagine retrospettiva sull'attività onirica prima dell'insorgenza della sintomatologia depressiva. Questionnaire used for retrospective investigation on dreaming before the onset of depressive symptomatology.

Ricorda quanto sognava nel passato?

- Non sognavo
- Pochissimo
- Poco
- Molto
- Moltissimo

Com'era il ricordo dei suoi sogni al risveglio?

- Chiaro
- Confuso

Qual era il colorito emotivo prevalente dei suoi sogni?

- Positivo
- Negativo
- Neutro
- Variabile

Quale stato d'animo le lasciavano al risveglio?

- Piacevole (specificare quale)
- Spiacevole (specificare quale)
- Nessuno

Tab. II. Questionario utilizzato per la valutazione dei cambiamenti dell'attività onirica durante la fase sintomatologica e poi durante la terapia antidepressiva. Questionnaire used for evaluation of dreaming changes during symptomatologic stage and then during antidepressant treatment.

Ha notato una variazione nella quantità dei suoi sogni?

- No
- Sono aumentati
- Sono diminuiti

Com'è ora il ricordo dei suoi sogni al mattino?

- Chiaro
- Confuso

Qual è ora il colorito emotivo prevalente dei suoi sogni?

- Positivo
- Negativo
- Neutro
- Variabile

Quale stato d'animo le lasciano ora al risveglio?

- Piacevole (specificare quale)
- Spiacevole (specificare quale)
- Nessuno

Le sembra di fare sogni più complessi rispetto a prima?

- Sì
- No

mente per questo studio, per mettere in evidenza le variazioni di alcuni importanti parametri onirici. Alla prima visita è stata condotta un'indagine retrospettiva sulle caratteristiche dell'attività onirica dei pazienti prima dello sviluppo della sintomatologia depressiva, servendosi delle domande con risposta multipla mostrate nella Tabella I. Sempre in occasione della prima visita, ma con riferimento al presente, e poi nei due controlli successivi, sono state rivolte ai pazienti le domande riportate nella Tabella II, allo scopo di indagare le variazioni dei parametri onirici. Per l'analisi statistica della variazione dello stato clinico e delle caratteristiche del sonno è stato utilizzato il test di Student per campioni appaiati. La significatività delle modificazioni dell'esperienza soggettiva del sogno, invece, è stata valutata mediante il test binomiale esatto.

Risultati

STATO CLINICO

Per prima cosa è stata fatta un'analisi della variazione dei punteggi delle due scale di valutazione. I valori medi della BDI e della MADRS nelle tre fasi dello studio sono riportati nella Tabella I. Al termine delle 7 settimane di osservazione, il 71,4% dei pazienti ha riportato una riduzione del punteggio della BDI di almeno il 50% e il 57,1% dei pazienti ha ottenuto un punteggio inferiore a 5. Per quanto riguarda la MADRS, l'81% dei pazienti ha mostrato una riduzione percentuale del punteggio pari o superiore al 50% dopo sette settimane di terapia, con il 71,4% dei pazienti che ha ottenuto un punteggio inferiore a 13. L'analisi statistica della variazione dei punteggi durante le prime 7 settimane di terapia, effettuata mediante test di Student per campioni appaiati, ha dato risultati altamente significativi sia per la variazione della BDI ($p < 0,00005$) sia per la variazione della MADRS ($p < 0,00005$).

Quindi, è stata analizzata la variazione del sonno dal punto di vista quantitativo e qualitativo. Come evidenziato dalla Tabella III, sia il numero medio di ore di sonno per notte sia il valore medio assegnato alla qualità del sonno aumentano durante la terapia. Al

termine delle sette settimane, il 47,6% dei pazienti, contro il 19% iniziale, ha riferito di dormire almeno 7 ore per notte, mentre il 47,6%, contro il 14,3% iniziale, ha riportato un sonno riposante o molto riposante. Anche in questo caso l'analisi statistica ha dato risultati altamente significativi sia per la quantità ($p = 0,003395$) sia per la qualità ($p = 0,003565$) del sonno.

ANALISI DEI SOGNI

Il primo aspetto ad essere analizzato è stata la quantità dei sogni. Prima della comparsa della sintomatologia, il 57,1% dei pazienti mostrava un'attività onirica buona o elevata, il 38,1% un'attività scarsa o molto scarsa e solo un paziente riportava un'attività onirica assente. In fase di malattia, il 52,4% dei pazienti ha riferito una riduzione dell'attività onirica rispetto al passato, il 38,1% non ha riportato variazioni e solo due pazienti hanno riportato un incremento del numero dei sogni. Dopo 3 settimane di terapia, il 23,8% dei pazienti ha riferito un incremento dell'attività onirica, mentre il 66,7% non ha mostrato cambiamenti e 2 pazienti hanno riportato una riduzione del numero di sogni. Al termine dell'osservazione, infine, il 38,1% dei pazienti ha riportato un aumento dell'attività onirica rispetto alla fase di malattia, il 52,4% non ha riferito cambiamenti e 2 pazienti hanno riportato una riduzione della quantità dei sogni. Paragonando le distribuzioni dei pazienti nelle 3 fasi di valutazione mediante il test esatto binomiale, si ottengono differenze significative sia tra la fase di malattia ed il primo controllo ($p = 0,02$), sia tra la fase di malattia ed il secondo controllo ($p = 0,013$).

Quindi, è stato valutato il ricordo dei sogni al mattino, indicato dai pazienti come chiaro o confuso. L'andamento della distribuzione percentuale dei pazienti secondo la qualità del ricordo è mostrato nella Figura 1. Prima dell'insorgenza dei sintomi depressivi, il 76,2% dei pazienti riferiva di avere al risveglio un ricordo chiaro dei propri sogni, mentre solo il 28,6% ha riportato questa caratteristica in fase depressiva; durante il trattamento farmacologico, la frazione di pazienti che riferivano un ricordo chiaro dei propri sogni è salita al 57,1% in corrispondenza del primo controllo e al 71,4% al termine dell'osserva-

Tab. III. Variazione dello stato clinico e delle caratteristiche del sonno durante la terapia antidepressiva. Change of clinical status and sleep features during antidepressant treatment.

	Malattia (T ₀)	Primo controllo (T ₁)	Secondo controllo (T ₂)
BDI	15,9 ± 7	9,8 ± 7	6,8 ± 6,2
MADRS	27,4 ± 6,4	15,8 ± 8,2	9,8 ± 7,6
Quantità di sonno	5,4 ± 1,9	6 ± 1,5	6,7 ± 1,3
Qualità del sonno	1,4 ± 1,1	1,8 ± 1	2,4 ± 1

Fig. 1. Andamento della qualità del ricordo dei sogni nelle diverse fasi dello studio. State of dream recall quality in different phases of the study.

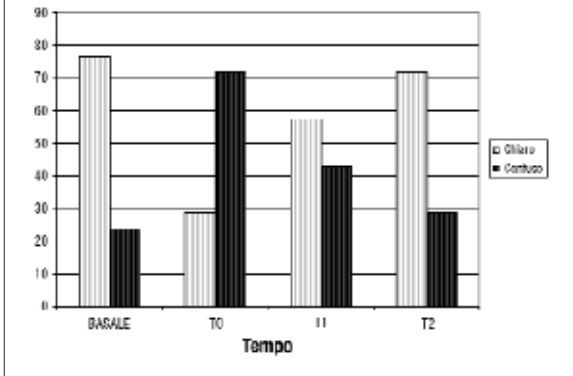
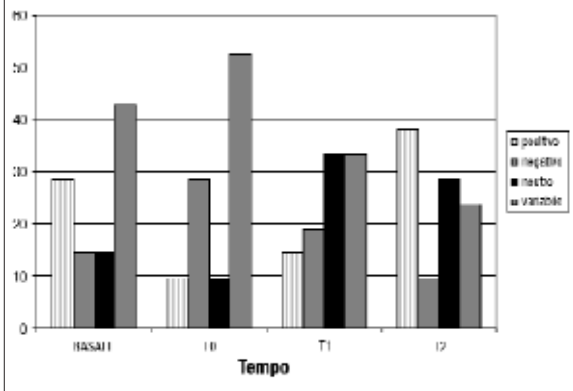


Fig. 2. Andamento del colorito emotivo prevalente nelle diverse fasi dello studio. State of prevalent emotional colour in different phases of the study.



zione. Le percentuali dei pazienti che riportavano un ricordo confuso dei sogni hanno mostrato un andamento opposto al precedente (Fig. 1). Il *test* esatto binomiale fornisce risultati significativi sia per il confronto tra profilo basale e fase di malattia ($p = 0,021$), sia per quello tra fase di malattia e secondo controllo ($p = 0,011$), mentre non è significativa la variazione tra fase di malattia e primo controllo.

Successivamente è stato preso in esame il colorito emotivo prevalente dei sogni, la cui variazione è mostrata nella Figura 2. Prima della comparsa della sintomatologia, il 28,6% dei pazienti riportava un colorito emotivo prevalentemente positivo, il 14,3% prevalentemente negativo, il 14,3% neutro e il 42,9% non era in grado di individuare un colorito emotivo prevalente. Al momento della diagnosi, il 28,6% dei pazienti ha riferito che i propri sogni avevano un colorito emotivo prevalentemente negativo, il 9,5% prevalentemente positivo, il 9,5% neutro e il 52,4%

non ha potuto identificare un colorito emotivo prevalente. Dopo 3 settimane di terapia la distribuzione dei pazienti ha mostrato una piccola variazione, con il 33,3% dei pazienti che ha riportato un colorito prevalentemente neutro, il 19% prevalentemente positivo, il 14,3% negativo e il 33,3% non specificato. Infine, dopo le 7 settimane totali di terapia, i pazienti si sono distribuiti nel modo seguente: il 38,1% ha riferito un colorito emotivo prevalentemente positivo, il 28,6% un colorito emotivo neutro, il 9,5% negativo e il 23,8% non ha indicato un colorito emotivo prevalente. Anche in questo caso le distribuzioni nei diversi momenti di osservazione sono stati confrontati mediante il *test* esatto binomiale, il quale ha dato risultati significativi soltanto per la variazione tra fase di malattia e secondo controllo ($p = 0,05$).

Sempre per esaminare il tono affettivo dei sogni, è stata studiata la variazione dello stato d'animo lasciato dai sogni al risveglio. La distribuzione dei pazienti nelle 4 fasi dello studio è mostrata nella Tabella IV. Allo stato basale il 28,6% riferiva prevalentemente sensazioni spiacevoli associate ai sogni, soprattutto angoscia, il 19% riferiva sensazioni piacevoli, mentre il 52,4% dei pazienti non riferiva uno stato d'animo particolare. In corrispondenza della fase depressiva, il 38,1% dei pazienti ha riportato stati d'animo prevalentemente spiacevoli, principalmente paura e angoscia, un solo paziente ha riportato uno stato d'animo piacevole, la serenità, mentre il 57,1% non è stato in grado di individuare uno stato d'animo prevalente. Il quadro si modifica in maniera evidente al secondo controllo, in corrispondenza del quale il 38,1% dei pazienti ha riportato prevalentemente sensazioni piacevoli, in particolare serenità, mentre solo il 9,5% ha riferito stati d'animo spiacevoli; il 52,4% dei pazienti non ha identificato sensazioni specifiche. Nonostante l'evidente *trend*, l'applicazione del *test* binomiale non ha dato valori di p significativi per nessuno degli intervalli esaminati.

Infine, è stata presa in esame la complessità dei sogni. Al momento della prima visita, il 47,6% dei pa-

Tab. IV. Andamento degli stati d'animo associati ai sogni nelle diverse fasi dello studio. State of dream-related feelings in different phases of the study.

Stato d'animo	Basale	T ₀	T ₁	T ₂
Nessuno	11	12	14	11
Spiacevole	6	8	5	2
Angoscia	4	4	1	1
Ansia	2	0	0	1
Paura	0	4	2	0
Tristezza	0	0	2	0
Piacevole	4	1	2	8
Felicità	2	0	0	2
Serenità	2	1	2	6

zienti ha riferito di fare sogni più complessi rispetto al passato; un solo paziente al primo controllo e due pazienti al secondo hanno riferito di aver notato variazioni nella complessità dei propri sogni. Il confronto tra la fase di malattia e il secondo controllo è altamente significativo ($p = 0,007$) secondo il test binomiale.

Discussione

Il presente studio conferma il dato, già riportato in letteratura, che la depressione influenza in modo significativo le caratteristiche dell'esperienza onirica. Innanzitutto la difficoltà a ricordare i sogni, testimoniata in quasi tutti gli studi precedenti dal basso numero di resoconti onirici e dalla loro brevità, è dimostrata dalla sensazione soggettiva di riduzione dell'attività onirica riportata dalla maggior parte dei pazienti. Allo stesso modo, la carenza di dettagli evidenziata dagli studi di Langs¹ e Bollea et al.⁴ trova conferma nell'alterazione della qualità del ricordo dei sogni: i pazienti, infatti, riferiscono di avere al mattino ricordi significativamente più confusi rispetto al passato. Per quanto riguarda il tono affettivo dei sogni, i risultati ottenuti dallo studio, pur essendo presenti in forma di *trend*, concordano con quelli riportati da altri Autori^{2,4,7}: durante la fase depressiva, la metà dei pazienti non è in grado di identificare un colorito emotivo né uno stato d'animo preponderanti, mentre nell'altra metà prevalgono i pazienti che riportano un colorito emotivo negativo e un'elevata frequenza di stati d'animo spiacevoli. In particolare è interessante notare che le emozioni spiacevoli più frequentemente riportate dal campione di pazienti sono l'angoscia e la paura, evidenza che concorda con quella presentata da Bollea et al.⁴. Infine, l'aumento della complessità dei sogni riportato da circa la metà dei pazienti, che viene generalmente descritto come maggiore articolazione dell'intreccio onirico e incremento del numero di elementi bizzarri, è in accordo con uno studio di Kramer et al.¹⁰, che riscontrava nei sogni dei depressi una plausibilità inferiore a quella di un gruppo di malati organici.

Molto interessanti sono i dati riguardanti le modificazioni dell'esperienza onirica che intervengono durante la terapia antidepressiva. Nel presente studio, i pazienti riferiscono un cambiamento significativo nella percezione quantitativa della propria attività onirica: secondo i risultati ottenuti, infatti, circa un terzo di essi riferisce, a distanza di 7 settimane dall'inizio della terapia, di aver notato un aumento della frequenza dei sogni. Questo dato è particolarmente degno di attenzione perché contrasta con uno studio di Armitage et al.⁹, che ha riscontrato una riduzione della percentuale dei sogni riportati da 21 pazienti in terapia con nefazodone o fluoxetina, e con

uno studio di Pace-Schott et al.¹⁸, che ha mostrato che paroxetina e fluvoxamina riducono la frequenza dei sogni in 14 volontari sani. Sono invece in accordo con gli studi precedenti i risultati ottenuti sul cambiamento della qualità del ricordo durante il trattamento. Bollea et al.⁴ e Cartwright et al.⁵, infatti, hanno riscontrato che il miglioramento clinico si accompagna, nei pazienti depressi, ad una maggiore capacità di fornire resoconti dettagliati dei propri sogni e nel presente studio i pazienti riportano un aumento della chiarezza del ricordo durante la terapia antidepressiva. Il dato più interessante è che, benché questo cambiamento diventi significativo solo al termine delle 7 settimane di osservazione, già dopo le prime 3 settimane è possibile riconoscere l'iniziale variazione rispetto allo stato di malattia. Il cambiamento del tono affettivo dei sogni è un altro dato significativo che conferma quelli riportati dalla maggioranza degli Autori^{4,5,7,15}: sono da rilevare non soltanto la "positivizzazione" del colorito emotivo e lo *shift* degli stati d'animo da prevalentemente spiacevoli a prevalentemente piacevoli, ma anche il miglioramento della capacità dei pazienti di identificare nei propri sogni un colorito emotivo preponderante. Inoltre, la riduzione delle emozioni negative a livelli addirittura inferiori a quelli premorbosi, accompagnata dalla scomparsa totale della paura, ricalca esattamente i risultati ottenuti da Bollea et al.⁴.

In letteratura esistono tre principali ipotesi sulla natura delle alterazioni dell'attività onirica che accompagnano la sintomatologia depressiva. La prima è che esista una continuità tra veglia e sogni e che perciò la negatività espressa nei sogni dei depressi rappresenti un'ulteriore manifestazione dello stile cognitivo dei pazienti stessi. La seconda, che spiegherebbe invece la difficoltà a ricordare i sogni al risveglio, è che il disturbo delle funzioni mnesiche che accompagna frequentemente la depressione possa compromettere anche la capacità di richiamo delle vicende oniriche. Infine, la terza ipotesi è che la riduzione quantitativa dei sogni dipenda dallo spostamento del sonno REM verso la prima metà della notte, cui consegue la diminuzione dell'attività onirica che normalmente precede il risveglio e che, per contiguità, è quella più facilmente riportata al mattino. Per quanto riguarda le modificazioni che intervengono in rapporto alla terapia, è stato ipotizzato che queste possano dipendere dalla regressione della sintomatologia, dalla redistribuzione del sonno REM nell'arco della notte oppure dall'effetto diretto dei farmaci sull'attività onirica. Sfortunatamente, i dati raccolti nello studio qui descritto non permettono di confermare né di smentire alcuna di queste ipotesi.

I limiti principali del presente studio sono rappresentati dall'esiguità della casistica, che non permette di trarre delle conclusioni definitive a proposito dell'argomento trattato, e da alcuni aspetti metodologici.

Innanzitutto l'assenza di una registrazione polisonnografica non consente di correlare i risultati ottenuti con eventuali modificazioni dell'architettura del sonno. Inoltre, poiché i dati raccolti riguardano l'esperienza soggettiva del sogno, è possibile che questi risentano, sia in fase depressiva sia in fase di miglioramento, dello stile cognitivo, prima negativo e poi positivo, dei pazienti. Tuttavia il fatto di non aver studiato i resoconti onirici, la cui analisi è alla base della maggior parte degli studi precedenti, ha rappresentato un vantaggio nella dimostrazione della riduzione dell'attività onirica dei depressi; Kramer et al. per primo aveva messo in evidenza come la brevità dei resoconti dei pazienti potesse dipendere più dalla difficoltà espressiva comune nella depressione che da un'effettiva riduzione dell'attività onirica. In più, proprio il fatto di aver studiato l'esperienza soggettiva del sogno costituisce l'elemento di originalità dello studio e contribuisce al suo valore clinico. D'altra parte, l'obiettivo principale della ricerca era proprio

quello di assegnare all'analisi dell'esperienza onirica dei depressi un ruolo nella valutazione della sintomatologia e della risposta alla terapia.

Conclusioni

In conclusione, si può affermare che i risultati ottenuti nel presente studio dimostrano che la variazione di alcune caratteristiche dei sogni, quali la quantità, l'emozionalità e soprattutto la capacità di rievocazione degli stessi, costituisce un affidabile marcatore dell'efficacia del trattamento con antidepressivi. La facilità con cui le modificazioni dell'esperienza onirica possono essere esplorate nell'ambito del colloquio clinico e la relativa precocità con cui intervengono durante la terapia antidepressiva, peraltro, ne fanno un marcatore clinicamente molto valido. È auspicabile, perciò, la prosecuzione di questa ricerca al fine di aumentare il numero dei pazienti, quindi la consistenza dei dati rilevati.

Bibliografia

- ¹ Langs RJ. *Manifest dreams from three clinical groups*. Arch Gen Psychiatry 1966;14:634-43.
- ² Van de Castle RL, Holloway J. *Dreams of depressed patients, non-depressed patients, and normals*. Psychophysiology 1971;7:326.
- ³ Hauri P. *Dreams in patients remitted from reactive depression*. J Abnorm Psychol 1976;85:1-10.
- ⁴ Bollea E, Carbonetti P, Donini G, Marrucci M, Piccione M, Vella G. *Attività onirica dei depressi*. Arch Psicol Neurol Psichiatr 1978;39:473-501.
- ⁵ Cartwright RD, Lloyd S, Knight S, Trenholme I. *Broken dreams: a study of the effects of divorce and depression on dream content*. Psychiatry 1984;47:251-9.
- ⁶ Dippel B, Lauer C, Riemann D, Majer-Trendel K, Krieg JC, Berger M. *Sleep and dreams in eating disorders*. Psychother Psychosom 1987;48:165-9.
- ⁷ Riemann D, Löw H, Schredl M, Wiegand M, Dippel B, Berger M. *Investigations of morning and laboratory dream recall and content in depressive patients during baseline conditions and under antidepressive treatment with trimipramine*. Psychiatr J Univ Ott 1990;15:93-9.
- ⁸ Barrett D, Loeffler M. *Comparison of dream content of depressed vs. non-depressed dreamers*. Psychol Rep 1992;70:403-6.
- ⁹ Armitage R, Rochlen A, Fitch T, Trivedi M, Rush JA. *Dream recall and major depression: a preliminary report*. Dreaming 1995;5:189-98.
- ¹⁰ Kramer M, Baldrige BJ, Whitman RM, Ornstein PH, Smith PC. *An exploration of the manifest dream in schizophrenic and depressed patients*. Dis Nerv Syst 1969;30:126-30.
- ¹¹ Nejad AG, Sanatinia RZ, Yousofi K. *Dream contents in patients with major depressive disorder*. Can J Psychiatry 2004;49:866-7.
- ¹² Beck AT, Ward CH. *Dreams of depressed patients*. Arch Gen Psychiatry 1961;5:462-7.
- ¹³ Cartwright RD. *"Masochism" in dreaming and its relation to depression*. Dreaming 1992;2:79-84.
- ¹⁴ Kramer M, Trinder J, Whitman RM, Baldrige BJ. *The incidence of "masochistic dreams" in the night collected dreams of depressed subjects*. Psychophysiology 1969;6:250.
- ¹⁵ Kramer M, Whitman RM, Baldrige B, Ornstein PH. *Drugs and dreams III: effects of imipramine on the dreams of depressed patients*. Am J Psychiatry 1968;124:1385-92.
- ¹⁶ Kirschner NT. *Medication and dreams: changes in dream content after drug treatment*. Dreaming 1999;9:195-200.
- ¹⁷ Miller JB. *Dreams during varying stages of depression*. Arch Gen Psychiatry 1969;20:560-5.
- ¹⁸ Pace-Schott EF, Gersh T, Silvestri R, Stickgold R, Salzman C, Hobson JA. *SSRI treatment suppresses dream recall frequency but increases subjective dream intensity in normal subjects*. J Sleep Res 2001;10:129-42.