



Il Disturbo Affettivo Stagionale (DAS)

di Salvatore Di Salvo

Fin dall'antichità è stato osservato che i disturbi dell'umore sono sensibili ai cambiamenti di stagione tanto che Ippocrate riteneva che in autunno prevasse la produzione di bile nera, responsabile della melanconia, ed in estate di bile gialla, causa della mania.

In tempi più recenti diverse indagini hanno confermato che le recidive della depressione hanno un chiaro incremento in primavera e in autunno, che il numero di ricoveri dovuti a mania è superiore in estate e che la frequenza dei fenomeni correlati con la patologia affettiva, quale il suicidio, varia con le stagioni.

Diffusione

Il DAS compare più frequentemente nella seconda e terza decade di vita e interessa maggiormente il sesso femminile (circa l'80% dei casi).

Una stima accurata della frequenza è difficile poiché spesso la sintomatologia depressiva non raggiunge livelli di gravità tali da richiedere l'intervento dello psichiatra. Alcune ricerche epidemiologiche hanno evidenziato che il 25% della popolazione generale va incontro a cambiamenti dell'umore, del ritmo del sonno, del peso e dell'attività socio-lavorativa con andamento stagionale e che in un quarto di questi soggetti i cambiamenti sono tanto accentuati da determinare la comparsa di un vero e proprio DAS.

Familiarità

Gli studi relativi alla familiarità indicano che, rispetto alla popolazione generale, i parenti di primo grado dei pazienti con DAS hanno un più alto rischio per i disturbi dell'umore, per il disturbo stagionale e per l'alcolismo. Tali risultati farebbero supporre quindi l'esistenza di una base costituzionale comune al DAS e agli altri disturbi affettivi maggiori. Non è possibile tuttavia trarre delle conclusioni definitive poiché i dati riportati in letteratura non sono numerosi.

Fisiopatologia

Negli organismi viventi numerose funzioni fisiologiche e molti parametri biologici hanno andamento periodico. Variazioni ritmiche sono state osservate nella produzione di diversi ormoni:

ACTH, cortisolo, GH, gonadotropine, prolattina, TSH, TRH e melatonina. La maggior parte dei ritmi biologici sembra determinata da “orologi interni” regolati da stimoli ambientali quali luce/buio, caldo/freddo, stagioni.

La particolare ciclicità dei disturbi affettivi stagionali ha stimolato la ricerca nel tentativo d'individuare i processi biologici compromessi e, di volta in volta, sono state chiamate in causa alterazioni dei cicli circadiani (che sono i cicli di circa 24 ore dei processi fisiologici collegati al ciclo luce-buio) oppure alterazioni dei neurotrasmettitori cerebrali oppure ancora variazioni di tipo ormonale.

In particolare, l'osservazione della relazione tra prevalenza delle forme stagionali e efficacia terapeutica della luce bianca ha portato ad ipotizzare che la riduzione della luce sia centrale nello sviluppo della depressione invernale. Si pensa che la luce agisca attraverso le connessioni tra retina e cervello: a parità d'intensità luminosa, infatti, l'esposizione degli occhi ha maggior potere curativo rispetto all'esposizione della pelle.

Le ipotesi formulate per spiegare tale fenomeno sono le seguenti.

Ipotesi del fotoperiodo. Il fotoperiodo è il rapporto tra ore di luce e ore di buio cui è sottoposto l'organismo nelle 24 ore. In inverno è più corto, l'organismo è esposto per meno ore alla luce e ciò determina l'aumento della produzione di melatonina, mentre in estate, quando il fotoperiodo è più lungo, la produzione si riduce. Diverse evidenze lasciano tuttavia pensare che la melatonina non sia in realtà la principale responsabile della depressione stagionale. In condizioni sperimentali è, infatti, possibile, riducendo la stimolazione luminosa, aumentare la secrezione di melatonina in volontari sani e ciò non provoca la comparsa di sintomi depressivi. Non è stata inoltre osservata una significativa differenza nella quantità e nella durata della secrezione di questo ormone in pazienti con depressione invernale e nei soggetti di controllo non depressi.

Ipotesi dello spostamento. Il ritmo circadiano che regola la secrezione di melatonina subisce normalmente un ritardo di fase di circa 90 minuti nei mesi invernali. E' stato ipotizzato che nella depressione invernale ci sia l'accentuazione di tale slittamento. Di conseguenza alcuni eventi fisiologici, che normalmente si verificano la notte, sarebbero ritardati e questo giustificherebbe l'ipersonnia mattutina.

Nel DAS sono stati inoltre chiamati in causa diversi ormoni e neurotrasmettitori tra cui la prolattina, spesso alterata nei pazienti con depressione invernale, la noradrenalina, la cui concentrazione è inversamente proporzionale ai sintomi depressivi, la serotonina, la cui carenza sarebbe responsabile della sonnolenza diurna.

Benché i sintomi tipici del DAS siano stati ampiamente documentati, ancora oggi non sono chiare le basi biologiche che li sottendono e gli elementi a nostra disposizione non sono sufficienti per

considerarli una categoria autonoma rispetto ai disturbi dell'umore in generale, dei quali sembrano piuttosto una particolare modalità di decorso.

Quadro clinico ed evoluzione

Il DAS è una sindrome caratterizzata da oscillazioni depressive del tono dell'umore nei mesi autunnali ed invernali. Allo stato depressivo sono associati inizialmente ansia e irritabilità e, successivamente, apatia, mancanza di energie, disturbi somatici quali dolori e rigidità muscolare, cefalea, stipsi, marcate difficoltà in campo lavorativo e nei rapporti sociali. Tipica è l'ipersomnia: alcuni pazienti hanno necessità di dormire anche fino a 16 ore il giorno e descrivono se stessi come "orsi in letargo". Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la durata del sonno in inverno è maggiore solo di 1-2 ore rispetto all'estate. Più di rado si manifesta un "disturbo da sonno ritardato" con marcata difficoltà di addormentamento serale e di risveglio mattutino. L'appetito generalmente è aumentato ed è comune la compulsione ad assumere cibi dolci, con conseguente aumento di peso. Di solito i sintomi peggiorano nelle ore serali. Non sono rari i tentativi di auto-terapia con incremento dell'assunzione di caffeina e alcool.

La sintomatologia depressiva si risolve nei mesi primaverili ed estivi, quando il soggetto recupera il suo normale tono dell'umore o addirittura vira verso una fase lievemente euforica.

Nella storia premorbose di pazienti di sesso femminile è spesso presente la sindrome premestruale, associata ad oscillazioni umorali in senso depressivo, che tipicamente peggiora in autunno-inverno e si attenua in primavera-estate.

Una forma attenuata di DAS è rappresentata dalla "Sindrome Anergica Stagionale", caratterizzata da aumentato bisogno di sonno, difficoltà ad alzarsi di mattino, sensazione di sonno non ristoratore, astenia e mancanza d'interessi, compulsione ad assumere cibi ricchi di carboidrati e conseguente incremento ponderale.

In questi pazienti non si rileva la presenza di umore depresso, ma la sintomatologia spesso è sufficientemente grave da richiedere l'intervento medico.

Diagnosi

Nonostante il fiorire di un numero sempre crescente di studi, i disturbi affettivi stagionali non hanno ancora ricevuto una collocazione nosografica ben precisa. Nel DSM-IV il DAS è descritto come una modalità di decorso dei disturbi dell'umore ed è definito esclusivamente in base alla stagionalità delle ricorrenze. Per quanto riguarda i sintomi si fa invece riferimento ai criteri dell'Episodio Depressivo Maggiore.

Diagnosi differenziale

Secondo alcuni autori è necessario differenziare il DAS dagli altri disturbi primari dell'umore e uno dei motivi è costituito dalla particolare sensibilità alla fototerapia: la maggior parte dei pazienti reagisce all'esposizione prolungata alla luce e il miglioramento è osservabile già dopo pochi giorni.

La capacità alla risposta alla terapia della luce è, però, messa in dubbio poiché questo trattamento è risultato efficace anche in pazienti con depressione non stagionale.

Solo raramente si pongono problemi di diagnosi differenziale nei confronti di categorie diverse dai disturbi dell'umore. Nei casi in cui il quadro è dominato dall'iperfagia e dalla compulsione ad assumere carboidrati è necessario escludere un disturbo della condotta alimentare complicato da depressione secondaria.

Devono inoltre essere escluse eventuali alterazioni endocrine e metaboliche, quali ipotiroidismo e diabete, poiché anch'esse possono provocare astenia, rallentamento, ipersonnia e iperfagia.