



Marie-Pier Lavoie

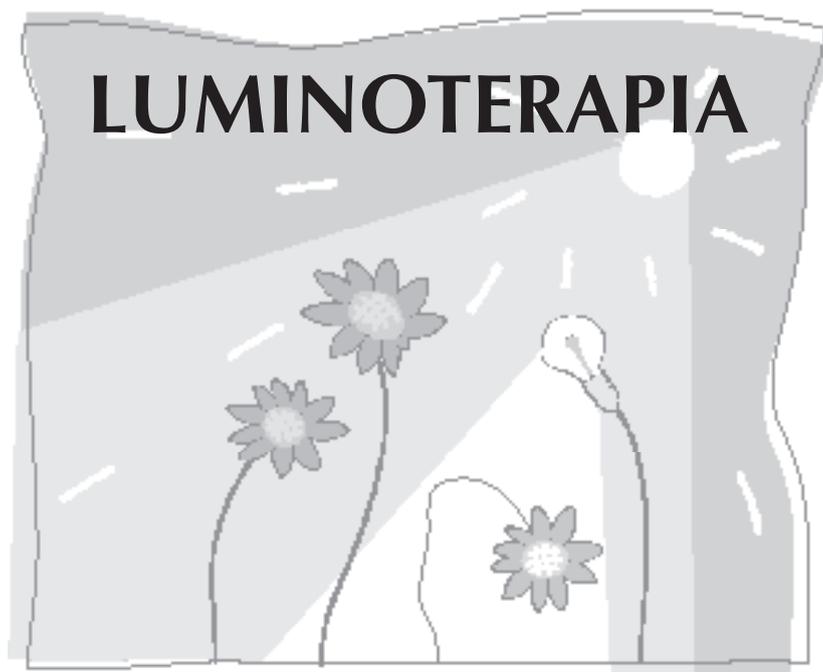
# LUMINOTERAPIA

Il bagno di luce che dona energia e buonumore

Un metodo naturale per curare  
il disturbo affettivo stagionale

EDIZIONI IL PUNTO D'INCONTRO

Marie-Pier Lavoie

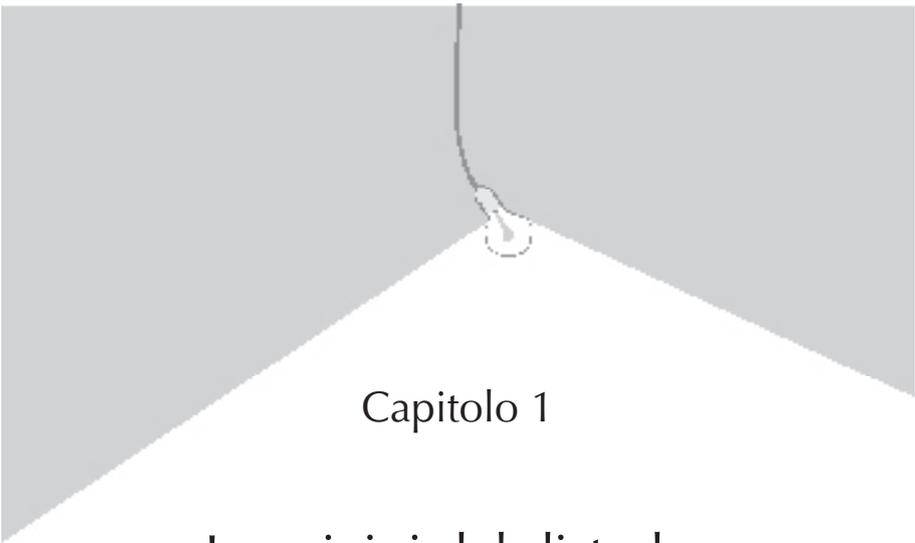


Il bagno di luce che dona energia e buonumore

Un metodo naturale per curare il  
disturbo affettivo stagionale

Ringraziamenti.....	7
Prefazione.....	9
Caso clinico.....	15
<b>1. Le origini del disturbo affettivo stagionale (SAD) .....</b>	<b>19</b>
Che cos'è il SAD?.....	21
Chi soffre di SAD?.....	25
Bambini e adolescenti ne sono colpiti? .....	26
Note .....	27
<b>2. L'eziologia del SAD.....</b>	<b>29</b>
La teoria della latitudine e del fotoperiodo.....	29
I ritmi circadiani e la melatonina .....	31
L'influenza della genetica.....	34
L'accumulo di fotoni (photon-counting).....	36
La fotosensibilità anomala.....	37
L'alterazione dei neurotrasmettitori cerebrali .....	39
Note .....	46
<b>3. Scale di valutazione.....</b>	<b>57</b>
Il questionario SIGH-SAD.....	58
Il questionario SPAQ.....	59
La scala di autovalutazione della depressione di Beck (BDI-II).....	64
Il questionario del cronotipo MEQ (Morningness-Eveningness Questionnaire) .....	65
Note .....	67
<b>4. I trattamenti possibili .....</b>	<b>69</b>
La luminoterapia .....	69
Studi comparati sulla luminoterapia.....	71
Ci sono effetti collaterali?.....	73
Il meccanismo biologico della luminoterapia .....	74
Quando e come utilizzare la luminoterapia .....	75

Come rendere luminoso l'ambiente di lavoro .....	77
Come procurarsi una lampada .....	79
Apparecchiature varie .....	80
Il simulatore d'alba .....	90
Lo ionizzatore .....	93
La scelta dell'illuminazione .....	94
Altri trattamenti.....	98
La terapia cognitivo-comportamentale.....	99
Gli antidepressivi .....	101
L'attività fisica.....	103
Note .....	105
Conclusione .....	115
Appendice 1. Link e risorse .....	117
Siti internet in Francia .....	118
Siti internet in italiano.....	119
Appendice 2. Protocollo di trattamento del SAD secondo la terapia cognitivo-comportamentale .....	120
Note .....	124
Bibliografia .....	125
Nota sull'autrice .....	127



## Capitolo 1

# Le origini del disturbo affettivo stagionale (SAD)

Il rapporto tra la prevalenza dei disturbi dell'umore e le stagioni è un dato di fatto che compare già negli scritti di Wong Tai risalenti al 4700 a.C. e in quelli di Ippocrate, padre della medicina, nel 400 a.C.<sup>1</sup> Nel II secolo i medici greco-romani già trattavano la depressione e la letargia con i raggi del sole direttamente negli occhi.<sup>2</sup> Molto più tardi, il navigatore e medico Frederick Cook nel corso della sua spedizione in Antartide, durante l'inverno 1898, aveva notato che i membri del suo equipaggio si sentivano stanchi e depressi, ma che era possibile trattare questo stato con un falò, il cui effetto terapeutico era prodotto non tanto dal calore quanto dalla luce.<sup>3</sup> La nascita della psichiatria alla fine del Settecento e all'inizio dell'Ottocento produrrà una vasta casistica di osservazioni relative all'influenza della stagionalità, soprattutto negli scritti di Philippe Pinel<sup>4</sup> ed Emil Kraepelin.<sup>5</sup> Occorre tuttavia attendere quasi cent'anni ancora perché sia pubblicata la prima descrizione scientifica del

disturbo affettivo stagionale.<sup>6</sup> Infatti, nel 1984 un gruppo di ricercatori del National Institute of Mental Health negli Stati Uniti riporta la scoperta di un nuovo disturbo dell'umore, che compare in autunno e sparisce spontaneamente d'estate. Oltre a definire la sindrome, l'articolo presenta il primo studio controllato sull'effetto antidepressivo della somministrazione di luce artificiale (luminoterapia). Rosenthal e colleghi chiamano questa malattia *Seasonal Affective Disorder* o disturbo affettivo stagionale (SAD).



## Che cos'è il SAD?

Il SAD si manifesta con sintomi di stanchezza generale, mancanza di motivazione verso le attività sociali e il lavoro nonché difficoltà di concentrazione che sopraggiungono in maniera ciclica durante l'autunno o l'inverno. In certi casi la mancanza di energia produce sintomi depressivi, talvolta ideazioni suicidarie e calo della libido. Per la maggior parte, chi è affetto da SAD vive anche sintomi atipici quali ipersonnia, iperfagia e un aumento di peso che deriva da un consumo eccessivo di amidacei e di zucchero. Nel mio ambulatorio privato non è raro udire pazienti raccontarmi che ad Halloween il piatto di caramelle riservato ai bambini viene rapidamente spazzolato prima che questi giungano a domandarle! Ho persino una paziente che mi raccontava come all'arrivo dell'autunno mangiasse soltanto spaghetti. Come si può ben immaginare, la signora in questione aumentava enormemente di peso durante l'autunno e l'inverno. La maggior frequenza dei sintomi atipici e la comparsa di un episodio depressivo stagionale ricorrente con remissione spontanea in primavera o in estate distinguono il SAD da un episodio depressivo maggiore.

Esiste un SAD che alcune persone, quantunque rare, possono vivere d'estate. Queste persone riferiscono infatti che all'origine del loro malessere vi è l'umidità e il calore. Tuttavia, si osservano meno sintomi atipici e le persone presentano perdita di appetito e di peso, oltre a sentirsi più agitate. Non è stato ancora trovato con precisione il trattamento elettivo per questo tipo di SAD estivo, considerato l'aspetto poco comune della malattia. Alcuni riferiscono che ridurre l'illuminazione e rinfrescare l'aria risulterebbero di beneficio. Anche l'attività fisica pare costituire un valido metodo per contrastare i sintomi.<sup>7</sup> Quantunque certi antidepressivi siano efficaci per trattare



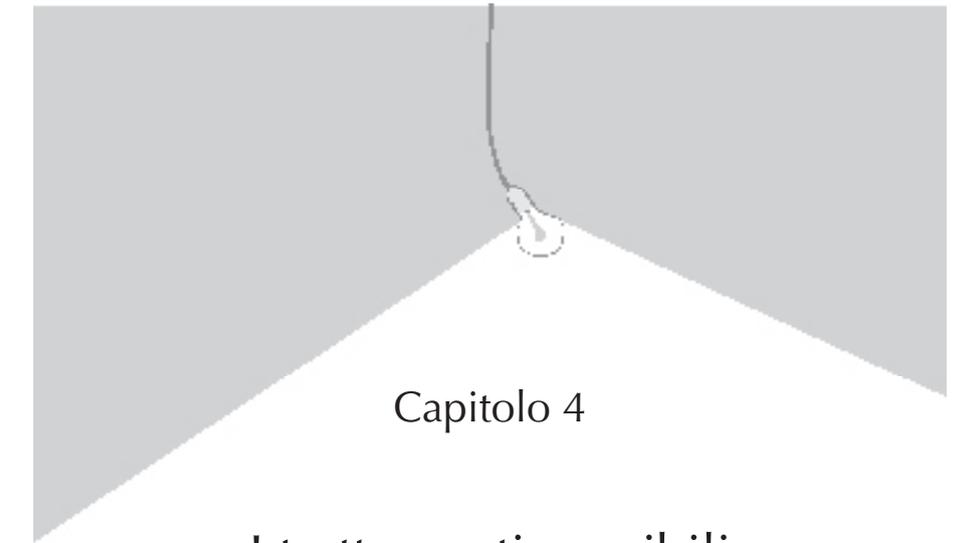
il SAD invernale, il trattamento elettivo proposto a chi è affetto da questa sindrome consiste in un'esposizione quotidiana a una fonte di luce artificiale: la luminoterapia.

Fin dalla sua prima descrizione, la valutazione diagnostica del SAD è stata controversa, a causa dei vari criteri (a seconda del testo consultato dal terapeuta) che permettono di formulare la diagnosi. Le due descrizioni più utilizzate sono quella del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM) e i criteri di Rosenthal *et al.*,<sup>6</sup> messi a punto grazie alle ricerche condotte in diversi paesi.

Una prima definizione del SAD risale al 1987 e compare nel *DSM-III-R*.<sup>8</sup> Cionondimeno, la sindrome non possiede una descrizione esauriente, bensì viene inserita all'interno del disturbo depressivo maggiore ricorrente. La versione più recente del manuale, il *DSM-IV*,<sup>9</sup> aggiunge la precisazione "con caratteristiche stagionale", ma richiede almeno due episodi depressivi isolati oltre agli episodi stagionali. Quest'ultima descrizione non viene accettata unanimemente e vari ricercatori considerano i crite-

ri sia troppo rigidi sia, paradossalmente, troppo generalizzati. Infatti, un individuo che da oltre dieci anni soffre di episodi depressivi ricorrenti ogni autunno con remissione spontanea in estate, ma che non ha mai avuto episodi depressivi isolati, secondo i criteri del *DSM-IV* non rientrerebbe in questa diagnosi. Inoltre, la descrizione in questione potrebbe includere soggetti con disturbo bipolare o altre patologie psichiatriche, il che rischia di ridurre l'omogeneità dei campioni nella ricerca. Pertanto, vari ricercatori si sono rivolti ai criteri di Rosenthal *et al.*<sup>6</sup> per diagnosticare il SAD e vi hanno aggiunto strumenti concepiti appositamente per la valutazione (a questo proposito, v. cap. 3). Questi criteri richiedono un episodio depressivo nel corso della vita, aggiunto alla comparsa e poi alla scomparsa di episodi depressivi stagionali regolari in due riprese. Benché sia relativamente facile diagnosticare il SAD in base all'anamnesi del paziente, è importante verificare che i sintomi non siano causati da un'altra malattia, come un'ipoattività della tiroide, l'ipoglicemia o la sindrome da stanchezza cronica.



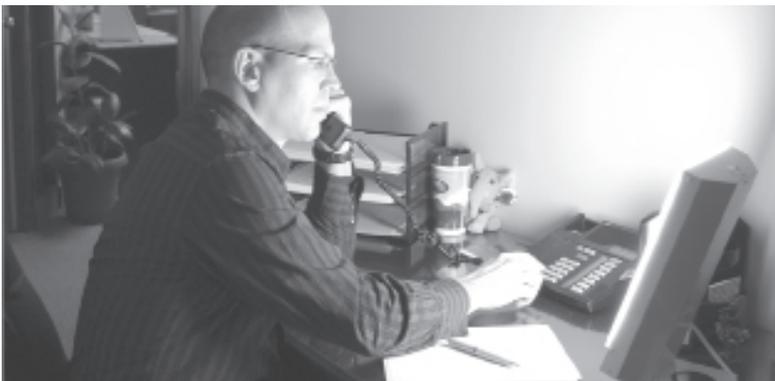


## Capitolo 4

# I trattamenti possibili

## La luminoterapia

Benché l'origine del SAD non sia stata ancora delucidata con precisione, ai pazienti che presentano sintomi lievi o gravi viene proposto un trattamento elettivo che da oltre vent'anni è oggetto di minuziose ricerche: la luminoterapia.



© Marie-Pier Lavoie

Trattamento di luminoterapia (lampada TRAVelite, Northern Light Technologies)

Questo trattamento, approvato e riconosciuto come intervento di base per il SAD,<sup>1,2</sup> ha persino spinto alcuni ricercatori a formare un gruppo di ricerca: la Society for Light Therapy and Biological Rhythms o SLTBR. Si tratta di un'organizzazione internazionale senza fini di lucro istituita nel 1988, che si impegna a favorire la ricerca e lo sviluppo professionale/clinico della luminoterapia e dei ritmi biologici (v. appendice 1).

In concreto, la luminoterapia consiste nell'esporre in maniera quotidiana a una sorgente artificiale di luce, utilizzando una lampada dotata di spettro e intensità definiti. L'intensità luminosa delle lampade per luminoterapia si misura in lux ("luce" in latino); per agire efficacemente la lampada dev'essere superiore a 2000 lux. Per fare un paragone, il chiarore di una candela percepito a un metro di distanza equivale a un lux, mentre una stanza ben illuminata varia da 300 a 500 lux e una giornata nuvolosa fornisce all'incirca 2000 lux (v. fig. 1). Lo standard clinicamente raccomandato e riconosciuto è un'esposizione luminosa a 10.000 lux, all'altezza degli occhi, di una durata di trenta minuti, a una distanza di circa 50 cm.<sup>3,4</sup>

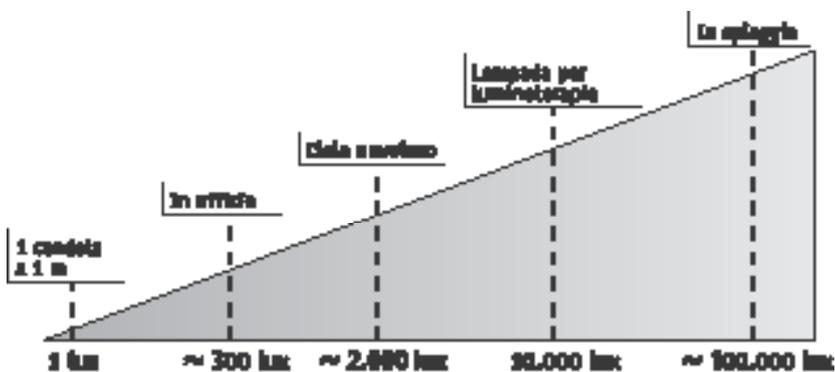


Fig. 1: unità di misura dell'illuminamento.

## Studi comparati sulla luminoterapia

Gli studi controllati indicano che i sintomi del SAD migliorano più con un'intensità luminosa forte ( $\geq 2000$  lux) che con un'intensità debole ( $\leq 500$  lux)<sup>3,5-11</sup> o con l'utilizzo di un placebo.<sup>12-14</sup> La SLTBR ha elaborato un documento che dimostra l'efficacia della luminoterapia.<sup>15</sup> Varie meta-analisi recenti inoltre citano l'efficacia di questa terapia per trattare la sindrome in questione;<sup>16-21</sup> tra queste, una del 2005 prodotta dall'American Psychiatric Association Committee on Research in Psychiatric Treatments suggerisce che la luminoterapia sarebbe efficace tanto quanto gli antidepressivi in genere utilizzati per trattare il SAD.<sup>18</sup>

Quest'ultimo studio costituisce un'importante vittoria per tutti i ricercatori che lavorano nel settore da oltre vent'anni, giacché la luminoterapia è sempre vista con scetticismo e ancor meno utilizzata in psichiatria, nonostante i risultati positivi. Infatti, oltre a essere meno invasivo e meno costoso,<sup>32</sup> questo trattamento presenta un tasso di efficacia tra il 50 e l'80%,<sup>3,4,9,22-28</sup> livello uguale a quello di un trattamento con antidepressivi.<sup>29-31</sup> Recentemente l'équipe del dottor Lam nella Columbia Britannica<sup>31</sup> ha svolto uno studio comparato tra i diversi trattamenti possibili per curare il SAD. I 96 pazienti affetti erano stati suddivisi in maniera aleatoria a un trattamento di luminoterapia (10.000 lux), un placebo (100 lux) o un antidepressivo (fluoxetina, 20 mg/giorno) per otto settimane. I risultati hanno dimostrato che la risposta clinica (ossia una diminuzione almeno del 50% nei punteggi delle scale della depressione) e il tasso di remissione erano gli stessi nel gruppo sottoposto a luminoterapia e in quello trattato con antidepressivi. Benché in linea generale i due trattamenti vengano giudicati di pari efficacia per trattare chi soffre di SAD, durante la prima settimana di

trattamento la luminoterapia produce un miglioramento più rapido dei sintomi rispetto all'antidepressivo.

Ancorché i benefici della luminoterapia possano essere avvertiti dopo pochi giorni appena, occorre attendere almeno quattro settimane per osservare una remissione, cioè un punteggio basso sulle scale della depressione.<sup>33</sup> Certi studi hanno anche dimostrato l'efficacia di questo approccio nel trattamento di altri disturbi, tra cui la depressione post-partum,<sup>34-36</sup> la sindrome premestruale,<sup>37,38</sup> la depressione maggiore negli anziani<sup>39,40</sup> e negli adulti,<sup>41-44</sup> la bulimia,<sup>45,46</sup> i disturbi del sonno,<sup>47,48</sup> l'adattamento in chi svolge lavori notturni<sup>49</sup> e il jet lag.<sup>50-52</sup> È logico constatare che la luminoterapia possa essere d'aiuto nel trattamento di questi disturbi, essendo essi associati a uno sconvolgimento dei ritmi circadiani, della dopamina o anche della serotonina, il che presuppone un'interazione tra la luce e i marcatori biologici.

Il simulatore d'alba è anch'esso un trattamento utilizzato per aiutare sia le persone affette da SAD sia quelle che non ne soffrono a svegliarsi gradualmente con l'ausilio di un apparecchio che simula il sorgere del sole. Sebbene tuttavia certi studi mostrino risultati positivi per quanto riguarda la diminuzione dei sintomi dati dal disturbo affettivo stagionale (aumento dell'energia, miglioramento dell'umore e della produttività),<sup>53</sup> questi rimangono limitati. Occorrerà pertanto aspettare ricerche più diversificate per affermare che il simulatore d'alba è un trattamento efficace contro il SAD, quantunque i risultati attuali siano incoraggianti. D'altro canto, due studi suggeriscono che l'apparecchio sarebbe indicato per migliorare la qualità del sonno e facilitare il risveglio, benché i risultati rimangano modesti.<sup>54,55</sup>