

La depressione è un disturbo femminile ?

Marchesi Carlo

Dipartimento di Neuroscienze

Sezione di Psichiatria

Università di Parma

carlo.marchesi@unipr.it

Disturbi Psichici nella popolazione generale:

18-54 anni-prevalenza ad un anno

DISTURBI D'ANSIA	13.3%
Fobie	8.0%
Disturbo Ansia Generalizzata	2.8%
Disturbo di Panico	1.7%
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	2.4%
DISTURBI DELL'UMORE	5.7%
Depressione Maggiore	5.2%
Disturbo Bipolare	0.9%
Distimia	1.6%
SCHIZOFRENIA	1.2%
ANORESSIA NERVOSA	0.1%
ABUSO DI SOSTANZE	7.6%
DISTURBI MENTALI	20.9%

(Narrow et al, Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 115-123)

Depressione Maggiore (DSM-IV)

Almeno 5 dei seguenti sintomi sono stati
contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane
rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento;

- 1) **umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno**
- 2) **marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività**
- 3) significativa perdita o aumento di peso, oppure dell'appetito
- 4) insonnia o ipersonnia
- 5) agitazione o rallentamento psicomotorio
- 6) affaticabilità o mancanza di energia
- 7) sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (anche deliranti)
- 8) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione
- 9) pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria, o tentativo di suicidio.

Depressione Maggiore

- esordio: 3° decade di vita
- durata episodio: 20 settimane (mediana)
- frequenza episodi: 4 (mediana) nella vita

Depressione Maggiore

- 2 volte più frequente nelle donne:
15-54 anni → donne 21%, uomini 12%

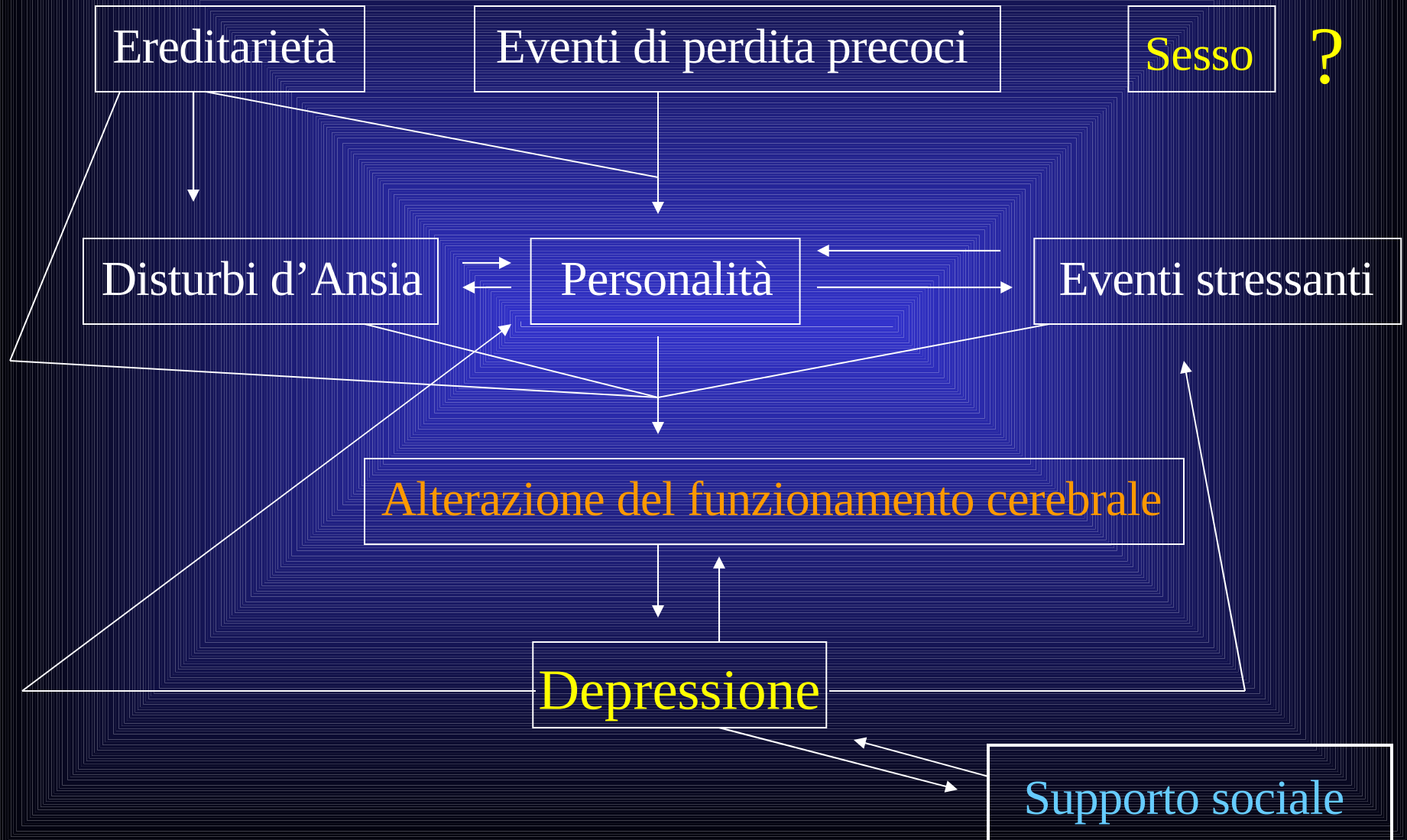
(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

- prevalenza attuale o nel corso della vita
rapporto uomo:donna di 2:1

(Kuehner, Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163-174)

Depressione Maggiore

Modello eziopatogenetico



Depressione Maggiore: ereditarietà

Nei familiari di 1°

la frequenza è 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

Gemelli

il tasso di concordanza 2-4 volte maggiore nei **monozigoti** (60-90%) rispetto agli **eterozigoti** (16-34%).

Adozioni

soggetto adottato con depressione → nei familiari biologici aumenta di 3 volte la frequenza di depressione e di 6 volte quella di suicidio

Depressione Maggiore e sesso femminile

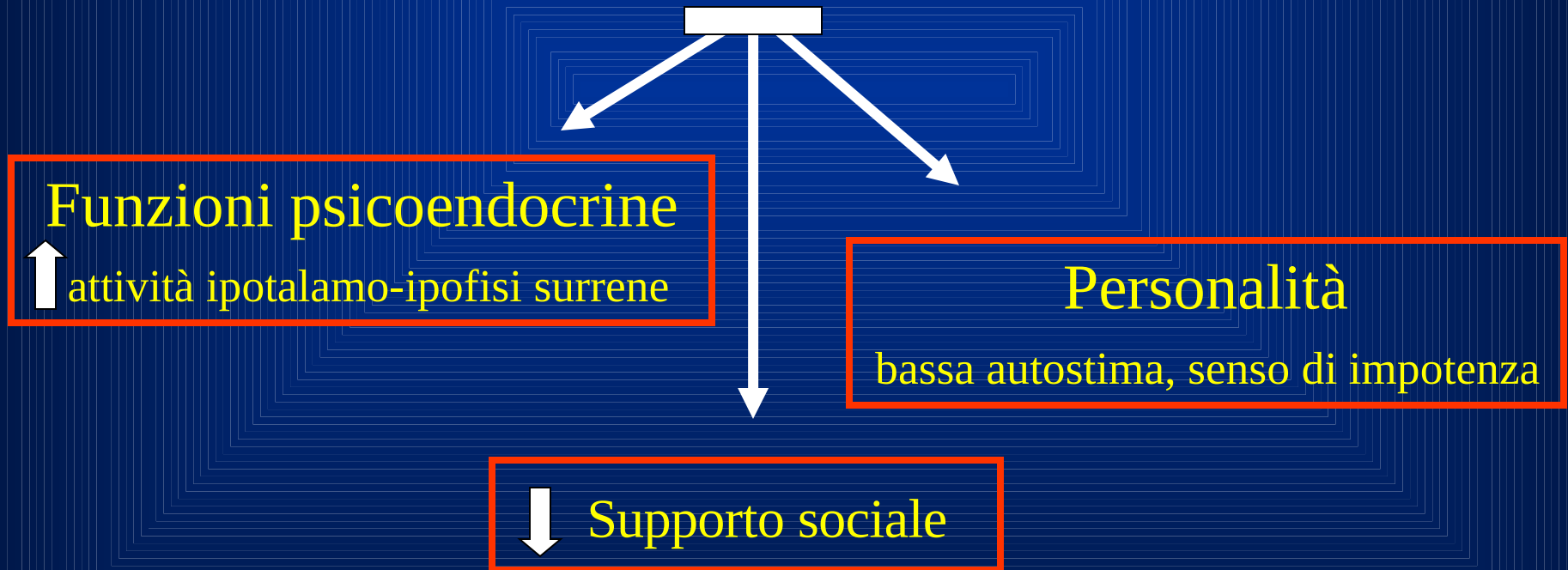
Ereditarietà

I dati attualmente disponibili
non sostengono l'esistenza di un differente
carico ereditario tra donne e uomini depressi

*(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:484-492
Kuehner, Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163-174)*

Depressione Maggiore

eventi stressanti precoci → grave compromissione delle cure parentali: morte di un genitore, separazione-divorzio dei genitori, violenza in famiglia, abusi fisici e sessuali.



(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:484-492)

Sistema ipotalamo-ipofisi-surrene

L'elevazione dei livelli di glucocorticoidi è una caratteristica della risposta allo stress nei mammiferi.

Stress cronico → persiste l'aumento dei glucocorticoidi, mentre si riducono i livelli di NA, 5HT, DA, GABA

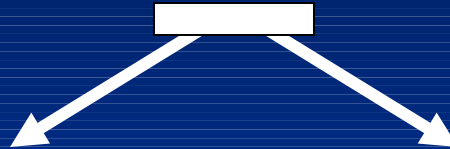
CRF → nell'animale induce comportamenti “depressivi”.

Il riscontro di elevati livelli di glucocorticoidi si ritrova nel 20-40% dei pazienti depressi ambulatoriali e nel 40-60% di quelli ricoverati (più frequenti nella depressione melancolica).

In genere l'ipercortisolemia si risolve in seguito al trattamento; se persiste indica un rischio elevato di ricaduta.

Depressione Maggiore e sesso femminile

eventi stressanti precoci



↑ Abusi sessuali

Maggior sensibilità

7-19%	bambine	69%	} depressione da adulti
3-7%	bambini	27%	

Estrogeni aumentano l'attività ipotalamo-ipofisi-surrene in risposta allo stress

(Weiss et al, *Am J Psychiatry* 1999; 156:816-828;
Kuehner, *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 163-174)

Nelle donne (predisposte) la depressione maggiore si manifesta più frequentemente nei periodi di intense fluttuazioni degli ormoni sessuali:

- pubertà
- fase premestruale
- puerperio
- peri-menopausa
- (gravidanza e aborto)

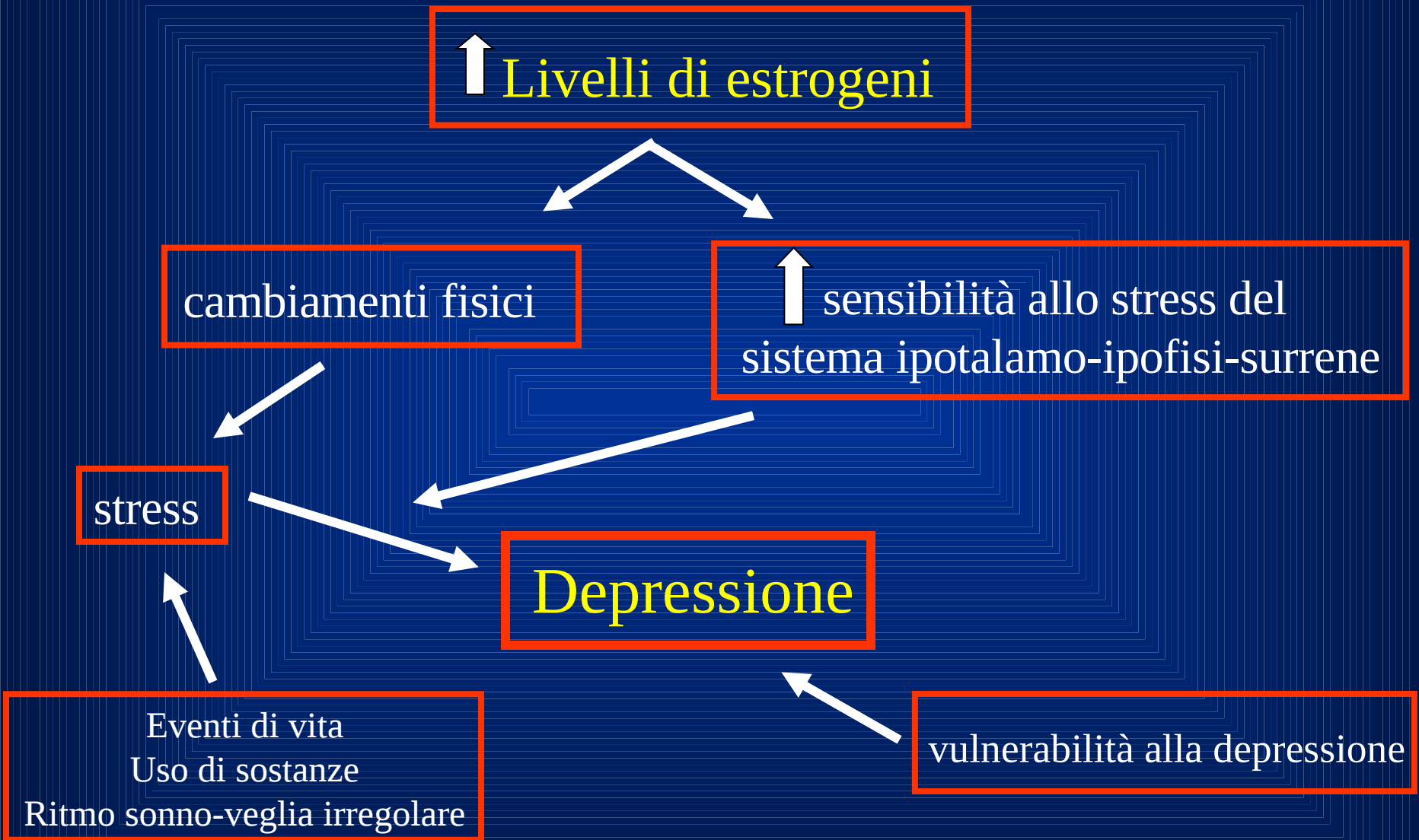
Pubertà e depressione

La frequenza di depressione:

- prima della pubertà è simile nei maschi (leggermente maggiore?) e nelle femmine;
- dopo il menarca aumenta nelle femmine con un rapporto 2:1 rispetto ai maschi.

(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

Pubertà e depressione



(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

Fase premenstruale e depressione (disforia)

- sintomi premenstruali fino all'80% delle donne
- disturbo disforico premenstruale 3-8% delle donne

(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

- ormoni sessuali femminili nella norma
- aumento dei livelli di testosterone (irritabilità)
- ridotta attività serotoninergica (in fase luteale)
- antidepressivi serotoninergici trattamento più efficace

(Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)

Disturbi Depressivi del Puerperio

- Maternity Blues (Postpartum Blues, Baby Blues)
- Depressione Maggiore ad esordio nel postpartum
- Psicosi puerperale

Maternity Blues

- **Prevalenza:** 50-85% donne.
- **Esordio:** entro pochi giorni dal parto (48 ore).
- **Sintomi:** tristezza, tendenza al pianto, sentimenti di insufficienza e di incapacità, irritabilità, ansia, difficoltà di concentrazione e di memoria, disturbi del sonno e dell'appetito, cefalea, astenia.
- **Remissione:** entro 2 settimane. Durata protratta: comparsa di depressione postpartum.

*(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15
Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)*

Depressione Post-partum

- **Esordio**: primi tre mesi dal parto (primo mese).
- **Prevalenza**: 10-22%
- **Sintomatologia** : sovrapponibile alla Depressione Maggiore
- **Effetti sullo sviluppo psichico del bambino**: attaccamento insicuro e ambivalente, compromissione tono emozionale, sviluppo cognitivo e relazionale, manifestazioni psicopatologiche
- **Prognosi**: remissione entro 6-12 mesi

*(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15
Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)*

Psicosi Post-partum

- **Prevalenza:** 0.1-0.3 % di puerpere.
- **Esordio:** prima settimana dopo il parto (48-72 ore).
- **Sintomi:** intense e rapide oscillazioni dello stato di coscienza, allucinazioni visive o uditive a contenuto triste o terrifico, temi deliranti di tipo persecutorio o depressivo e incentrati sulla relazione madre-bambino, ansia, agitazione; rischio di suicidio e di infanticidio.
- **Prognosi:** favorevole con remissione in 6-12 mesi nell' 80% casi; tendenza alla ricorrenza nel postpartum (75-90%). 70% Disturbo Bipolare o Depressione Maggiore con aspetti psicotici

*(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15
Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)*

Disturbi del puerperio

Eziologia

- caduta ormoni placentari;
- ipotiroidismo (in un sottogruppo);
- alterata attività asse ipotalamo-ipofisi-surrene;
- ambivalenza nei confronti del neonato;
- stress connesso al ruolo materno;
- esaurimento fisico;
- sonno insufficiente;
- pregressi episodi di depressione o disturbo bipolare;
- recenti eventi stressanti;
- temperamento del neonato;
- complicazioni perinatali;
- scarso supporto familiare.

*(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15
Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)*

Depressione Maggiore in gravidanza

Prevalenza: → 9% primo episodio in gravidanza
→ 14% ricaduta

Rischi se la depressione non è trattata:

- scarsa igiene della gravidanza
- rischio suicida
- impulsività
- alterazioni neuro-endocrine (ipercortisolemia)
- stress materno prenatale -> minor peso e minore età gestazionale

Nell'animale lo stress materno --> aborto, basso peso, ipossia, ipotensione, ritardo di crescita, difficoltà di apprendimento

Aborto

Entro 6 mesi dall'aborto :

- Depressione Maggiore - 11% primo episodio
 - 54% se episodi pregressi
 - rischio 5 volte maggiore in assenza di figli
- Gravidanza entro 1 anno: aumenta il rischio di depressione
dopo 1 anno: non aumenta il rischio di depressione

(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

Disturbi depressivi e “peri-menopausa” (5-7 anni prima della menopausa)

menopausa: età (mediana) 51 anni

- non aumenta il rischio di esordio della depressione
- aumentato rischio di ricaduta
- aumentata probabilità di presentare irritabilità, ansia, labilità emotiva, insonnia, astenia
- fluttuazione dei livelli di estrogeni
- fluttuazione dell'attività serotoninergica

*(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15
Steiner et al. J Affect Disord 2003;74:67-83)*

Disturbi depressivi e Disturbi ansiosi

Pazienti ansiosi

- dopo 5 anni, il 24% diagnosticato come depressi
(Kendell 1974)
- dopo 7 anni, il 49% affetto da depressione maggiore
(Angst et al 1990)
- dopo 25 anni, il 25% aveva sofferto di depressione
(Hagnell et al 1990)

La frequenza di disturbi ansiosi:

- è maggiore nelle donne (rapporto donne/uomini: 2-3/1)
- è responsabile di circa il 50% della differenza tra sessi nella prevalenza di Depressione Maggiore

*(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:484-492
Kuehner, Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163-174)*

Disturbi depressivi e fattori sociali

Nelle donne aumenta la probabilità di depressione se:

- esclusivo ruolo di casalinga-madre (frustrazioni, scarsa autostima, ridotta possibilità di cambiamenti)
- conflitto tra attività lavorativa e attività “domestica” (eccessive richieste);
- attività lavorativa frustrante, con discriminazioni di carriera e di stipendio

La frequenza dei disturbi depressivi **rimane maggiore nelle donne** dopo aver escluso l'effetto delle condizioni sociali

*(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:484-492
Kuehner, Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163-174)*

Disturbi depressivi e caratteristiche di personalità

Nelle donne:

- maggior frequenza di scarsa autostima, insicurezza, senso di inadeguatezza, di impotenza e di disperazione;
- maggior tendenza alla ruminazione, all'autocommiserazione, al pessimismo.

*(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:484-492
Kuehner, Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 163-174)*

Disturbi depressivi e alterata attività tiroidea

Il 5-10% dei pazienti depressi presentava prima del disturbo una disfunzione tiroidea subclinica.

Ipotiroidismo subclinico

astenia, sonnolenza, rallentamento psico-motorio, deficit di concentrazione e di memoria, depressione

Ipotiroidismo	FT ₄	TSH basale	TSH dopo TRH
Grado 1	↓	↑↑	↑↑
“ 2	=	↑↑	↑↑
“ 3	=	=	↑↑

(Esposito et al, 1997)

Depressione Maggiore

Caratteristiche cliniche

Nelle donne più frequente:

- la comparsa nel periodo novembre-febbraio
- un maggior numero di sintomi
- ipersonnia, iperfagia, reattività umore, ipersensibilità al rifiuto
- tentativi di suicidio (suicidio nell'uomo)

(Burt e Stein, J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl 7): 9-15)

Perché la Depressione Maggiore è più frequente nelle donne ?

- **fattori genetici:** non vi sono dati univoci (?);
- **eventi traumatici nell'infanzia:** bambine più a rischio di abusi fisici e più sensibili al loro effetto;
- **fluttuazioni ormonali:** le donne presentano episodi depressivi in risposta a fluttuazioni degli ormoni sessuali e soffrono maggiormente di disfunzioni tiroidee;
- **disturbi d'ansia:** le donne ne soffrono maggiormente;
- **stile cognitivo:** donne più inclini alla ruminazione e all'autocommiserazione;
- **ruolo sociale:** nella donna sono più frequenti ruoli frustranti (casalinga), conflittuali o eccessivamente onerosi (casa-lavoro, discriminazione..);
- **eventi stressanti:** le donne presentano più frequentemente un episodio depressivo dopo un evento negativo rilevante.

(Piccinelli e Wilkinson, Br J Psychiatry 2000; 177:486-492)