



La punta dell'iceberg: i vissuti della Depressione inaccessibili all'occhio clinico e la percezione della severità di malattia

Prof Massimo di Giannantonio

*Professore ordinario di Psichiatria dell'Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara*

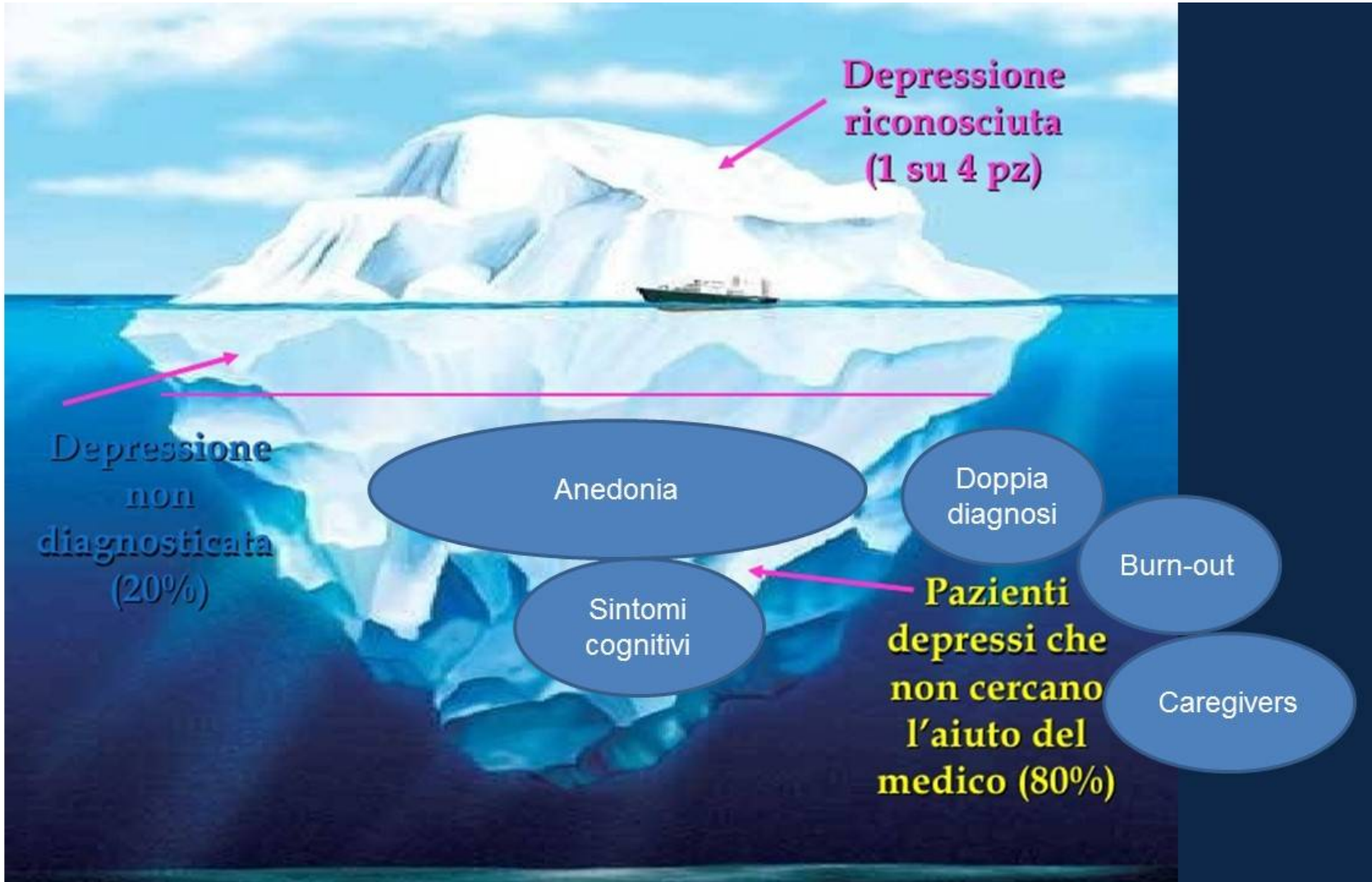
Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche dell'Ateneo "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

Direttore dell'Unità Operativa Complessa dell'S.P.D.C del PO SS. Annunziata Colle dell'Ara

*Dipartimento di Salute Mentale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti
Presidente del Collegio dei Professori ordinari di psichiatria*

digiannantonio@unich.it







Le Depressioni: nuovi approcci e nuove definizioni

I sintomi dell'universo Depressivo e il loro trattamento

Differenze e contraddizioni nelle risposte alle terapie

322 milioni di persone

In 10 anni +20%

DEPRESSION, A HIDDEN BURDEN

Let's recognize and deal with it



World Health
Organization

What do I need to know?

At least 350 million people live with depression, and it is the leading cause of disability worldwide. It affects not only the person with depression, but their loved ones too. Yet, many of us are in denial. Depression remains hidden – not treated or talked about.

Depression often starts at a young age and affects women

more commonly than men. 1 or 2 mothers out of 10 have depression after childbirth. Depression also limits a mother's capacity to care for her child, and can seriously affect the child's growth and development.

Almost 1 million people take their own lives each year.

For every person who commits suicide, there are 20 or more who make an attempt.

**SYMPTOMS OF DEPRESSION ARE PERSISTENT SADNESS, LOW ENERGY
AND DIFFICULTY IN FUNCTIONING NORMALLY**

Depresso un italiano su cinque: le cure fai da te sono un'emergenza

Undici milioni usano psicofarmaci: quattro volte più della media europea

SEGUICI SU    ACCEDI 

Ansia e depressione: 6 milioni di italiani colpiti dai due più diffusi disturbi psichici



NICLA PANCIERA

Publicato il 09/10/2017

FORD FOCUS
1.5 TDCI 95CV

ANTICIPO ZERO
€ 189 AL MESE
TAN 4,95% TAEG 6,66%

CON IDEA FORD LEASE



SCOPRI DI PIÙ  Go Further

ROMA



AFP

VIDEO CONSIGLIATI



Nuova Jaguar E-PACE. Guidala come se tutti ti stessero guardando.

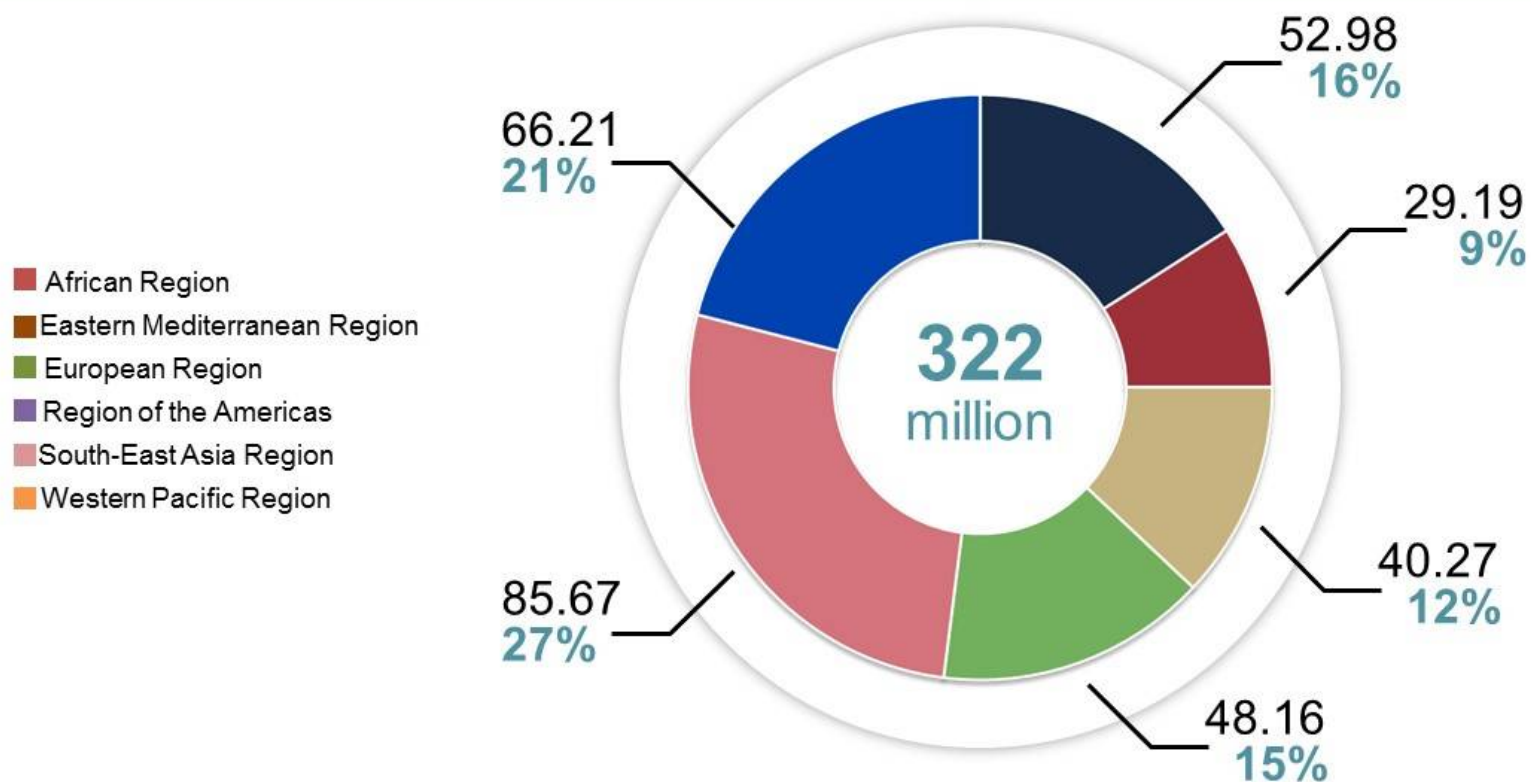
Jaguar



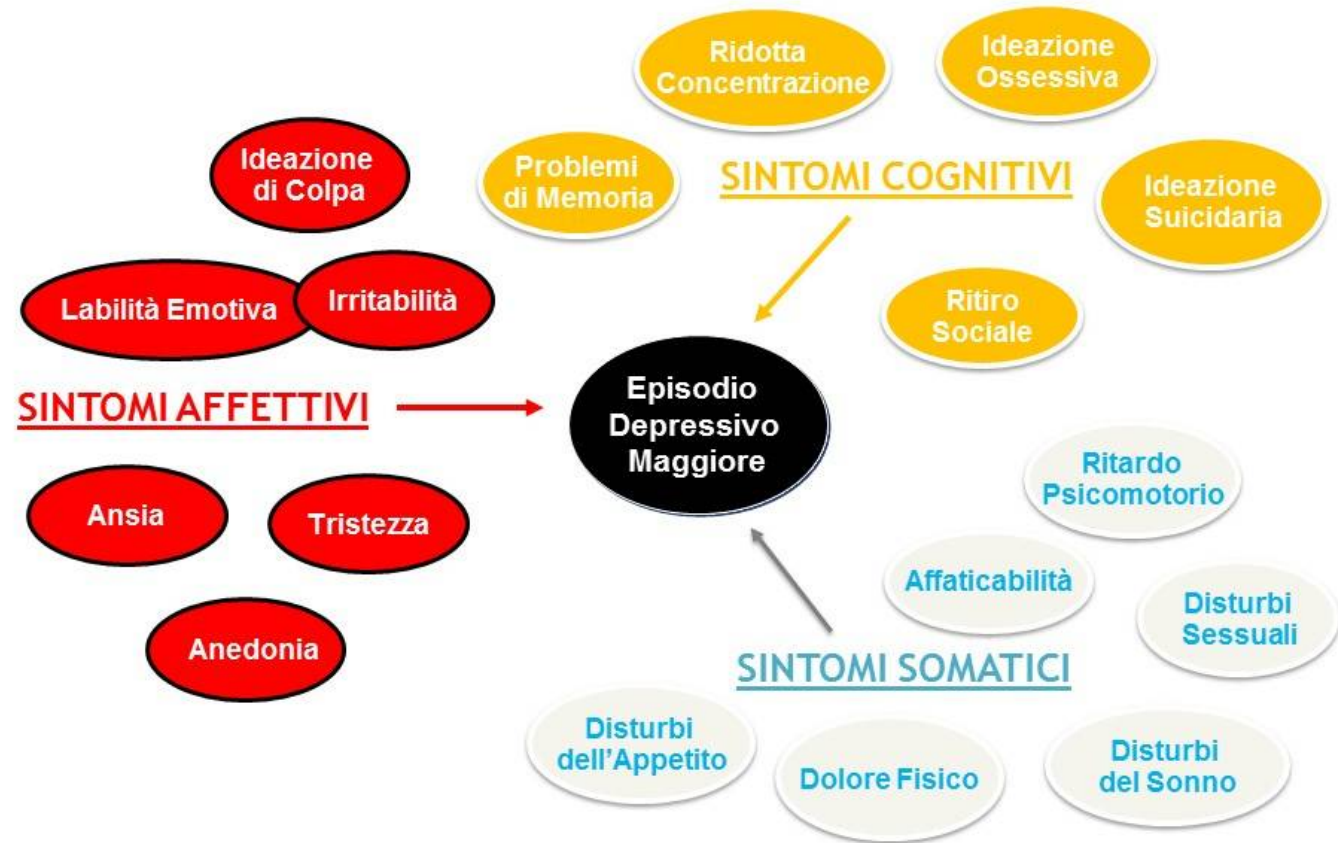
I ripetuti abbracci delle quattro gemelline non possono che conquistare tutti

Publicato il 21/05/2018
Ultima modifica il 21/05/2018 alle ore 13:26

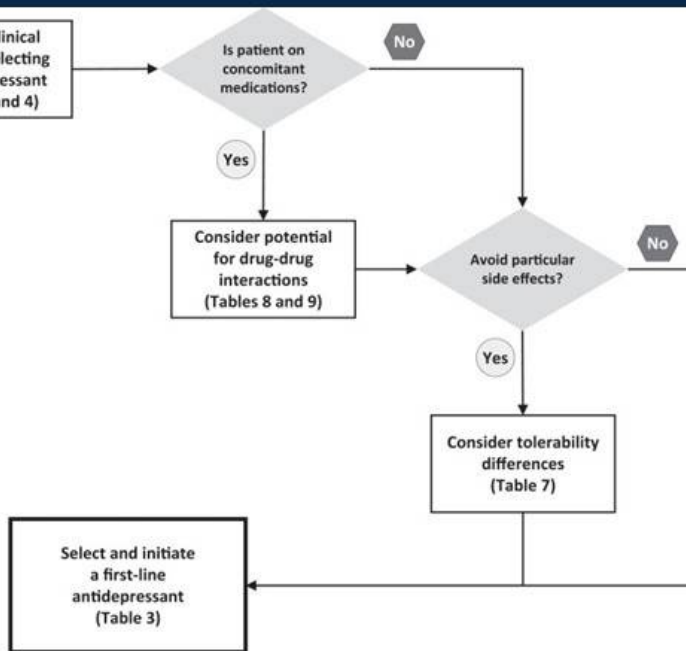
Casi di depressione (milioni), nelle diverse regioni del mondo (WHO)



L'UNIVERSO DEPRESSIVO



Consider clinical factors in selecting an antidepressant (Tables 3 and 4)



Factors to Consider in Selecting an Antidepressant.

Can J Psychiatry. 2016 Sep; 61(9): 540-560.
Published online 2016 Aug 2. doi: 10.1177/07067437166859417

PMCID: PMC4994790

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder

Section 3. Pharmacological Treatments

Sidney H. Kennedy, MD,^{1,2,11,*} Raymond W. Lam, MD,^{2,*} Roger S. McIntyre, MD,¹ S. Valérie Tourjman, MD,³ Venkat Bhat, MD,⁴ Pierre Blier, MD, PhD,⁵ Mehruj Hasnain, MD,⁶ Fabrice Jollant, MD, PhD,⁴ Anthony J. Levitt, MD,¹ Glenda M. MacQueen, MD, PhD,⁷ Shane J. McInerney, MB, MSc,¹ Diane McIntosh, MD,² Roumen V. Milev, MD, PhD,⁸ Daniel J. Müller, MD, PhD,¹ Sagar V. Parikh, MD,^{1,9} Norma L. Pearson, BSc (Pharm),¹⁰ Arun V. Ravindran, MB, PhD,¹ Rudolf Uher, MB, PhD,¹¹ and the CANMAT Depression Work Group¹²

Dalla depressione al trattamento delle depressioni

Patient Factors

- Clinical features and dimensions
- Comorbid conditions
- Response and side effects during previous use of antidepressants
- Patient preference

Medication Factors

- Comparative efficacy
- Comparative tolerability (potential side effects)
- Potential interactions with other medication
- Simplicity of use
- Cost and availability

Dal trattamento della depressione al trattamento del paziente

Quali sono le aspettative dei pazienti e in cosa differiscono da quelle dei clinici?

MEDICO
Vissuti negativi: umore depresso, ansia, disperazione
Sentimento di tristezza, depressione e mancanza di speranza
Scarso interesse nelle attività
Funzionamento sociale
Anergia
Autostima
Edonia
Funzionamento lavorativo
Senso della vita
Relazioni sociali

PAZIENTE
Senso della vita
Edonia
Autostima
Capacità di concentrazione
Vissuti negativi: umore depresso, ansia, disperazione
Anergia
Sentimento di tristezza, depressione e mancanza di speranza
Astenia
Relazioni sociali
Funzionamento lavorativo

SONO DEPRESSA.....

IL MEDICO DICE CHE

DEVO PENSARE
ALLE COSE BELLE,

IL LAVORO,
LE VACANZE,

L'AMORE.....



IO DICO
CHE DEVO
CAMBIARE
MEDICO.....

marionagata09



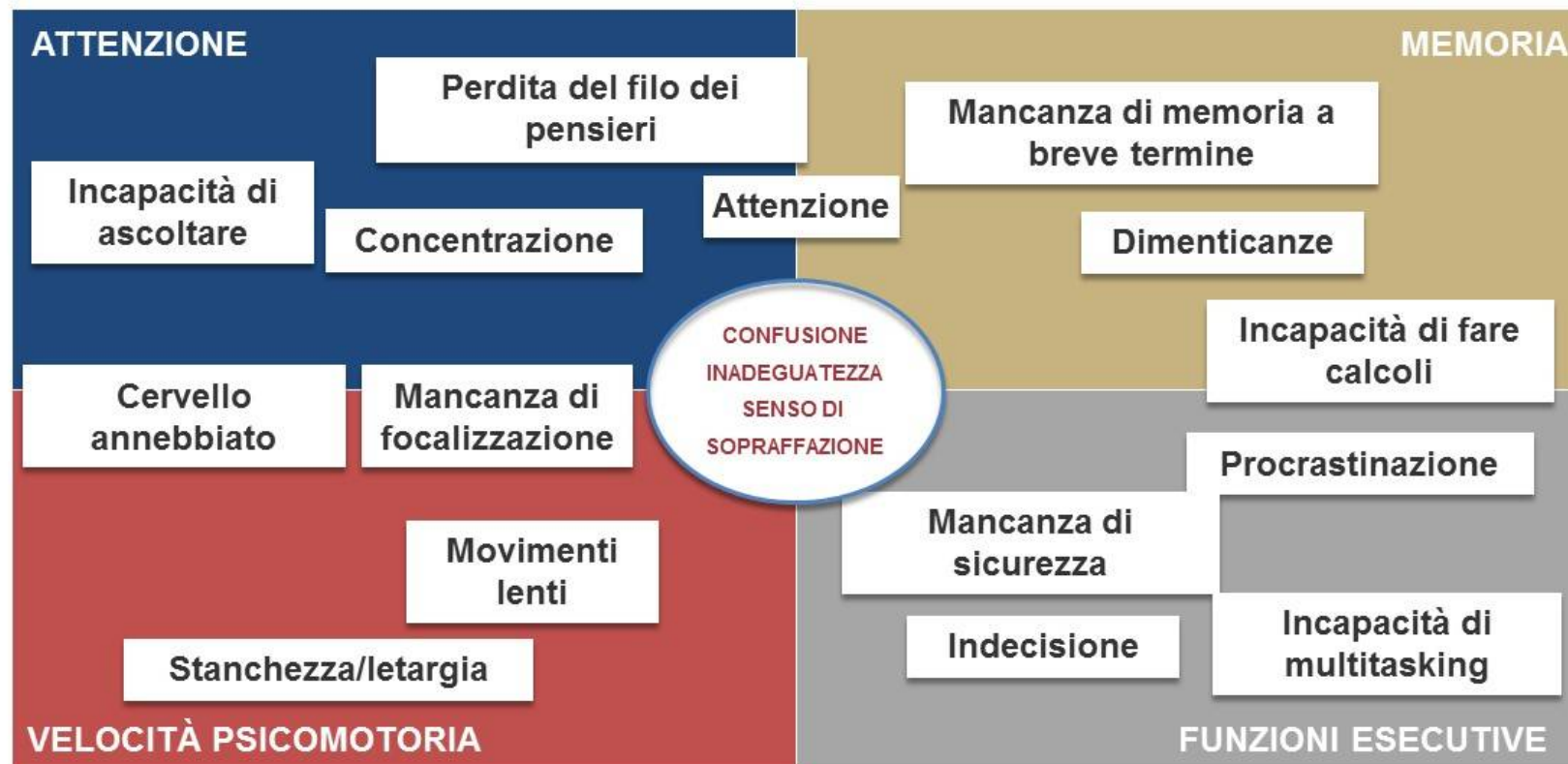
I sintomi cognitivi della depressione

La disfunzione cognitiva interferisce con il trattamento

- Aderenza alle terapie farmacologiche
- Risposta alla psicoterapia
 - Qualsiasi tipo di psicoterapia dipende, almeno in parte, dall'apprendimento
 - L'esposizione alla terapia dipende specificamente dall'apprendimento
 - I deficit nelle funzioni esecutive, attentive e mnesiche condizionano la risposta alla terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoeducazione
 - Le raccomandazioni terapeutiche sono più difficili per i pazienti che mostrano inattenzione e compromissione della memoria

Indipendentemente dalle sue cause, la disfunzione cognitiva può interferire con il trattamento della depressione

Descrittori di sintomi cognitivi riferiti dai pazienti e loro localizzazione nei domini cognitivi



La disfunzione cognitiva ha conseguenze funzionali per i pazienti depressi in vari domini cognitivi



Problemi di pianificazione



Ridotta capacità di concentrazione



Lentezza di reazione



Difficoltà di memoria

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder

Section 3. Pharmacological Treatments

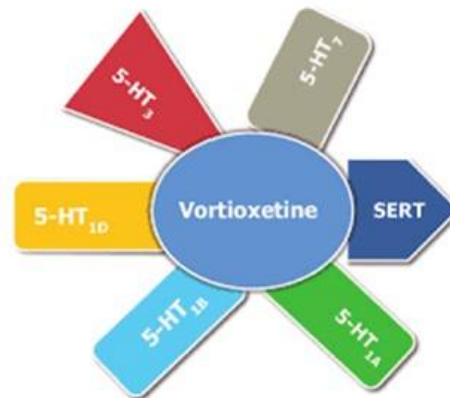
Sidney H. Kennedy, MD,³⁰¹, Raymond W. Lam, MD,^{2*}, Roger S. McIntyre, MD,¹, S. Valérie Tourjman, MD,³, Venkat Bhat, MD,⁴, Pierre Blier, MD, PhD,⁵, Mehrul Hasnain, MD,⁶, Fabrice Jollant, MD, PhD,⁴, Anthony J. Levitt, MD,¹, Glenda M. MacQueen, MD, PhD,⁷, Shane J. McInerney, MB, MSc,¹, Diane McIntosh, MD,², Roumen V. Milev, MD, PhD,⁸, Daniel J. Müller, MD, PhD,¹, Sagar V. Parikh, MD,^{1,9}, Norma L. Pearson, BSc (Pharm),¹⁰, Arun V. Ravindran, MB, PhD,¹, Rudolf Uher, MB, PhD,¹¹ and the CANMAT Depression Work Group¹²

Table 5.

Recommendations for Clinical Specifiers and Dimensions of Major Depressive Disorder.

With cognitive
dysfunction

- Vortioxetine (Level 1)
- Bupropion (Level 2)
- Duloxetine (Level 2)
- SSRIs (Level 2)^b
- Moclobemide (Level 3)



Focus sugli aspetti neurocognitivi del disturbo depressivo maggiore: implicazioni clinico-terapeutiche

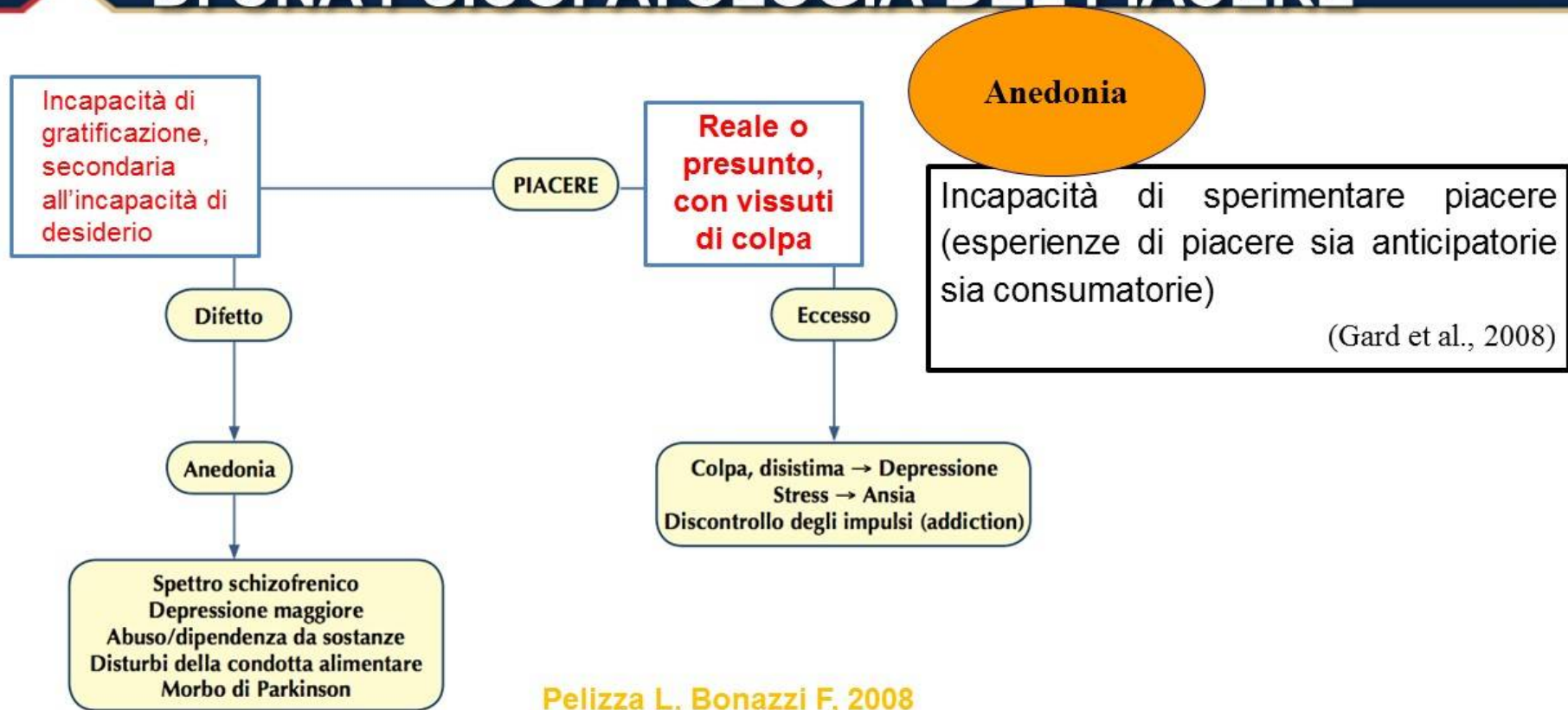
Massimo Di Giannantonio, Rita Santacroce, Valerio Mancini, Daniela Viceconte, Gaia Baroni, Chiara Montemitto, Giovanni Martinotti

Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università degli Studi "G.d'Annunzio" – Chieti



Il recupero della
dimensione edonica:
anedonia come core
symptom della
Depressione Maggiore

DISTURBI PSICHIATRICI NELL'OTTICA DI UNA PSICOPATOLOGIA DEL PIACERE



EFFICACIA DELL'AGOMELATINA NELL'ANEDONIA

JOURNAL OF BIOLOGICAL REGULATORS & HORMONETIC AGENTS

Vol. 25, No. 1, 109-114 (2011)

MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, ANHEDONIA AND AGOMELATINE: AN OPEN-LABEL STUDY

M. DI GIANNANTONIO¹, G. DI IORIO², R. GUGLIELMO³, D. DE BERARDIS^{1,3},
C.M. CONTI¹, T. ACCIAVATTI¹, M. CORNELIO³ and G. MARTINOTTI^{1,2}

¹Neuroscience and Imaging Department, Chair of Psychiatry, "G. d'Annunzio" University, Chieti;
²Casa di Cura Neuropsichiatrica "Villa Maria Pia", Rome; ³Mental Health Department, SPDC,
ASL Teramo; ⁴Biomedical Sciences Department, "G. d'Annunzio" University, Chieti, Italy

Received September 29, 2010 – Accepted February 3, 2011

Despite a wide range of available antidepressants, the effect of the treatment is often suboptimal and there is a need for more effective and better tolerated drugs. Unlike other antidepressants, agomelatine represents a new approach to depression with an innovative mechanism of action. It is an agonist of melatoninergic receptors MT1 and MT2 and a selective antagonist of 5-HT2c receptors. In this open-label 8-week study we aimed to investigate the efficacy of agomelatine on depressive symptoms in patients with major depression. Secondary endpoints were the effect of agomelatine on anhedonia. Thirty major depressive patients received a flexible dose (25-50 mg; per os, daily) of agomelatine. Depressive (Hamilton Depression Scale) and anxious (Hamilton Anxiety Scale) symptoms, anhedonia (Snaith Hamilton Pleasure Scale), and sleep quality (Leeds Sleep Evaluation Questionnaire) were assessed. Twenty-four patients (80%) completed 8 weeks of treatment. Significant improvements were seen at all visits on the HAM-D ($p < .05$), HAM-A ($p < .01$), SHAPS ($p < .05$), LSEQ ($p < .05$). Nine subjects (30%) were responders and 5 (17%) remitters at week 1; 18 (60%) were remitters by the end of the trial. There was no serious adverse event. No aminotransferase elevations were noted. In line with previous studies, in which agomelatine was associated with early clinical improvement, this study also provides evidence of an early response and the findings of improvements in depression scores. Moreover, this is the first study where agomelatine was effective in the treatment of anhedonia. Additional trials are needed to delineate the place of agomelatine in the contemporary pharmacotherapy for depressive disorders.

Depression is the leading cause of disability as measured by YLDs (Years Lived with Disability) and the third leading contributor to the global burden of disease (DALYs, Disability Adjusted Life Years) in 2004 (1). By the year 2020, depression is expected to reach second place in the ranking of DALYs calculated for all ages and both sexes (2). Alongside this, the influence of depressive symptoms extends far beyond the psychiatric area, often determining

alterations in multiple aspects of immunity, endocrine disturbances and heart disease. Within depression, anhedonia, the loss of interest and lack of reactivity to pleasurable stimuli, is considered a core symptom for the diagnosis of Major Depressive Disorder. It predicts poor outcome after 12 months (3), and is a common residual symptom after treatment (4).

Today there is a large number of effective antidepressant drugs. However, the effect of

Key words: antidepressant, anhedonia, major depressive disorder (MDD), agomelatine, sleep disturbance

Mailing address: Prof. Massimo Di Giannantonio,
Department of Neuro-science and Imaging,
c/o Mental Health Department,
Viale Annunziata, 47
66100 Chieti, Italy
Tel: ++39 0871 239828 Fax: ++39 0871 411170
e-mail: diannantonio@unich.it

0393-474X (2011)

Copyright © by SAGE Publications, a s.a.s.
All rights reserved. This article is for individual use only and may not be further
reproduced without written permission from the copyright holder.
Unauthorized reproduction may result in fines and other penalties.

109

Uno studio open-label su 30 pazienti ambulatoriali.

Trattamento con agomelatina 25-50 mg.

Follow-up a 8 settimane.

Significativa riduzione dei valori della Snaith Hamilton Pleasure Scale per l'anedonia.

Buona percentuale di risposte e remissioni.

Assenza di effetti indesiderati significativi, buona compliance al trattamento.

Depressione e uso di sostanze



Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis.

Lai HM¹, Cleary M², Sitharthan T³, Hunt GE⁴.

⊕ Author information

Abstract

Risultati: La metanalisi ha rilevato che le associazioni più forti erano tra il Disturbo da uso illecito di droga e la Depressione Maggiore (OR 3,80, IC 95% 3,02-4,78), seguita da uso di droghe illecite e qualsiasi Disturbo d'Ansia (OR 2,91, IC 95% 2,58-3,28), Disturbi da alcool e Depressione Maggiore (OR 2,42, IC 95% 2,03-2,19) e Disturbi da alcool e Disturbi d'Ansia (OR 2,11, IC 95% 2,03-2,19). Gli ORs per dipendenza erano superiori a quelli per abuso, indipendentemente dalle Diagnosi basate sulla prevalenza a vita o sui 12 mesi.

Conclusioni: questa review conferma la **forte associazione tra Disturbi da uso di sostanze, Disturbi dell'umore e d'ansia**. L'argomento è stato universalmente riconosciuto come un fattore che interferisce con il profilo, il decorso, i patterns, la gravità e la prognosi di questi Disturbi.

DOPPIA DIAGNOSI



- Definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:
coesistenza, nel medesimo individuo, di disturbi mentali e disturbi dovuti al consumo di sostanze psicoattive.
- In ambito diagnostico è frequente incontrare **difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi.**

Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis

Anna Klimkiewicz¹, Jakub Klimkiewicz², Andrzej Jakubczyk¹,
Ilona Kieres-Salomoński^{1,3,4}, Marcin Wojnar^{1,5}

¹Chair and Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw
Head: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

²Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Military Institute of Medicine in Warsaw
Head: dr n. med. A. Truszczyński

³Central Bureau of Investigation

⁴Team on Drug Precursors at the Council for Drug Prevention

⁵University of Michigan, Department of Psychiatry, Ann Arbor, MI, USA

Summary

The paper is a review of the literature on the comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. A condition when alcohol dependence is accompanied by another mental disorder is much more common than it is commonly believed. It is estimated that more than one third of people diagnosed with mental disorders, abuses or is dependent on psychoactive substances, especially alcohol; among alcohol-dependent patients 37% suffer from other mental disorders. Alcohol dependence is associated with increased risk of mood disorders – more than three times higher, depression – almost four times higher, bipolar disorder – more than six times higher, anxiety disorders in general – more than twice, generalized anxiety disorder – more than four times higher, panic disorders – almost double, posttraumatic stress disorder – more than twice. Underestimating of comorbidity is an important problem during treatment of such population of patients. Social skills training can improve a stress manage-

“ Si ritiene che **più di un terzo** delle persone con una diagnosi di disturbo mentale, abusino o siano dipendenti da una sostanza psicoattiva, specialmente l'alcool; d'altro canto il 37% degli alcolisti **soffre contemporaneamente di un altro disturbo mentale**”

Il disagio psichico dei caregivers

Family caregivers

Quando ci si dedica ad una persona a cui si vuole bene è facile dimenticare di prendersi cura di sé stessi fino ad arrivare al punto, senza accorgersene, di soffrire di depressione.

la Repubblica+ | Mobile | Facebook | Twitter | Google +

la Repubblica.it

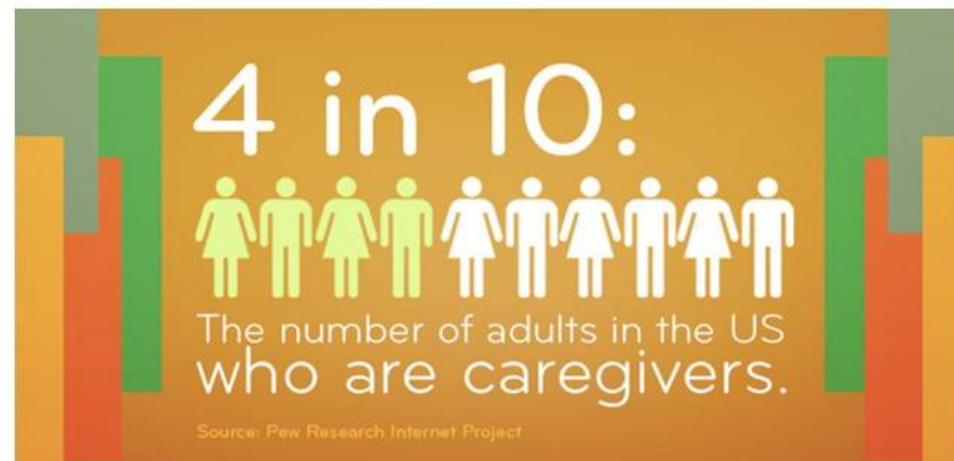
Salute

Sei in: Repubblica Salute Medicina "Familiari, salvaguardate voi ...

Consiglia 11

STORIE DI ALZHEIMER/8

"Familiari, salvaguardate voi stessi solo così potrete aiutare il malato"



Original Article

Caregiver burden as a predictor of depression among friends who provide care for persons with bipolar disorder

Deborah A Perlick✉, Lesley Berk, Richard Kaczynski, Jodi Gonzalez, Bruce Link, Savannah Grier, David J Miklowitz

First published: 23 March 2016 | <https://doi.org/10.1111/bdi.12379> | Cited by: 7

“Il carico del caregiver è un forte predittore dei sintomi depressivi del caregiver stesso. Gli interventi che aiutano ad alleviare il carico sul caregiver possono ridurre anche i sintomi depressivi.”

Abstract

Objectives

Over one-third of caregivers of people with bipolar disorder report clinically significant levels of depressive symptoms. This study examined the causal relationship between depression and caregiver burden in a large sample of caregivers of adult patients with bipolar disorder.

Methods

Participants were 500 primary caregivers of persons with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). This study evaluates the strength and direction of the associations between caregiver burden and depressive symptoms at baseline and at six- and 12-month follow-up using cross-lagged panel analyses, controlling for the clinical status of patients and sociodemographic variables.

Results

Higher levels of overall caregiver burden at baseline were associated with increased levels of depressive symptoms among caregivers at follow-up ($F = 8.70$, $df = 1,290$, $p < 0.001$), after controlling for baseline caregiver depression, gender, race, age, social support, and patients' clinical status. By contrast, caregiver depression at baseline was not significantly associated with caregiver burden at follow-up ($F = 1.65$, $p = 0.20$).

Conclusions

Caregiver burden is a stronger predictor of caregiver depressive symptoms over time than the reverse. Interventions that help alleviate caregiver burden may decrease depressive symptoms.

Burnout

Tipologia specifica di disagio psicofisico connesso al lavoro che interessa in varia misura diversi operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali (Christina Maslach, 2000)



dreamstime.com

**Strategie terapeutiche innovative: obiettivo
RECOVERY**





La remissione come punto di partenza

Quando i giapponesi riparano un oggetto rotto, valorizzano la crepa riempiendo la spaccatura con dell'oro.

Essi credono che quando qualcosa ha subito una ferita ed ha una storia, diventa più bello. Questa tecnica è chiamata "Kintsugi."

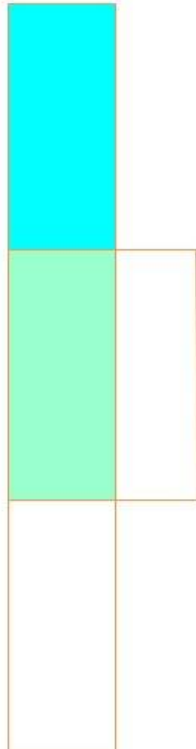


La remissione come punto di partenza

HAM-D₁₇
punteggio

15

7



DEPRESSIONE

RISPOSTA

Riduzione del 50% rispetto al basale del punteggio HAM-D₁₇ /
 $\text{HAM-D}_{17} \leq 15$

REMISSIONE

Punteggio HAM-D₁₇ < 7
indipendentemente dal
basale

GUARIGIONE: 4 mesi di
remissione

Remissione

Stato in cui il paziente sperimenta un miglioramento dei principali segni e sintomi, tale per cui **ogni sintomo residuo** sia

- di intensità minore rispetto al livello tipico per permettere una diagnosi
- tanto lieve da non alterare il comportamento del soggetto.

Perché è così difficile raggiungere la remissione?

La non aderenza alla terapia farmacologica antidepressiva è stata stimata essere del 45,9% nella popolazione psichiatrica affetta da Depressione. La ragione principale per la non aderenza sembra essere la dimenticanza (74.5%).

Bulloch et al. **Non-adherence with psychotropic medications in the general population.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010

Tra i fattori principali favorevoli l'aderenza terapeutica ci sono: l'insight di malattia e la percezione degli effetti benefici.

Ho et al. **Barriers and facilitators of adherence to antidepressant.** PlosOne, 2017

Il 63% dei soggetti (su un campione di 88775 soggetti) che hanno iniziato a prendere antidepressivo hanno mostrato scarsa aderenza al trattamento, mentre coloro che già prendevano un antidepressivo hanno migliore aderenza.

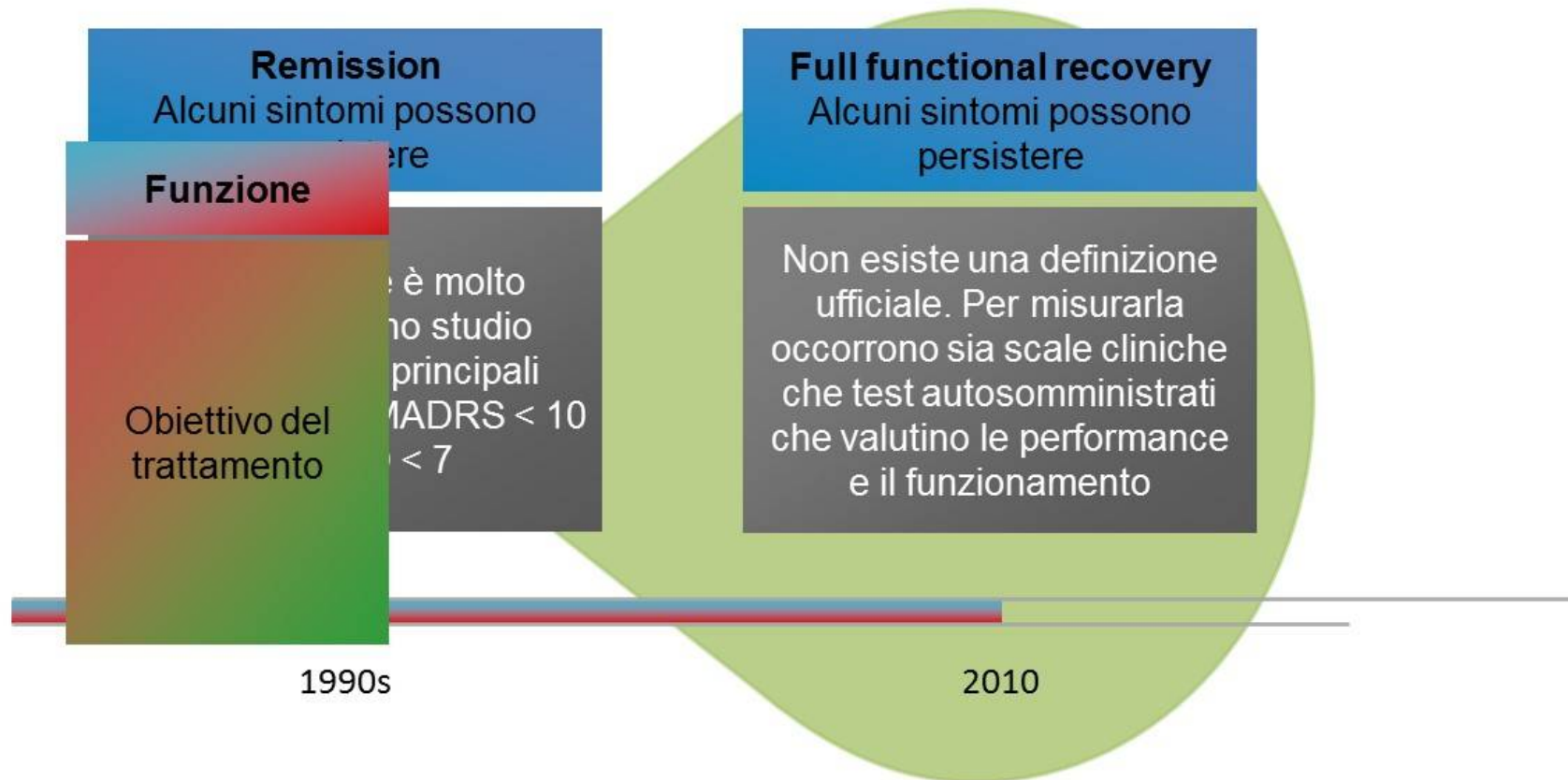
Degli Esposti et al. **Patterns of antidepressant use in Italy: therapy duration, adherence and switching.** Clin Drug Investig, 2015





From the past to the future

Trattamento delle dimensioni sintomatiche: dal sintomo alle attività quotidiane



Back to the future?

La Remissione è uno step necessario ma non sufficiente al raggiungimento della Recovery

Andreasen, 2005

Il concetto di recovery implica un lungo termine di osservazione, durante il quale sia presente un buon funzionamento sociale e lavorativo, garantito dall'assenza di correlati psicopatologici legati alla malattia.

(Lieberman RP, Kopelowicz A, Venture J, Gutkind D: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14:256–272)



VARIABILITA' DELLE DEFINIZIONI DI RECOVERY

Perché non basta l'assenza di sintomi?

Il **DSM V** definisce **recovery** (“remissione completa”) un periodo di almeno due mesi senza sintomi significativi di un episodio depressivo maggiore.

Secondo l'**opinione clinica** diffusa la fine di un episodio di depressione maggiore è riconoscibile come un periodo di otto settimane in presenza di solli **sintomi** minimi e residuali. Judd LL et al, J Clin Psych, 2016

Le persone con patologie psichiatriche severe possono condurre **vite autonome e soddisfacenti**, dando un contributo attivo alla comunità, seppur in presenza di sintomi persistenti?

Rob Whitley , Victoria Palmer, Jane Gunn
CMAJ, September 22, 2015, 187(13)

Questa sarebbe
recovery?

A NEW EMPIRICAL DEFINITION OF MAJOR DEPRESSIVE EPISODE RECOVERY AND ITS POSITIVE IMPACT ON FUTURE COURSE OF ILLNESS

J Clin Psychiatry, 2016, 77:1065-73

Lewis L. Judd, MD^{a,*}; Pamela J. Schettler, PhD^b; A. John Rush, MD^b;
William H. Coryell, MD^c; Jess G. Fiedorowicz, MD, PhD^{c,d}; and David A. Solomon, MD^e

Table 3. Percentage of Weeks at Different Levels of Depressive Severity During 10 Years After the Start of Asymptomatic Versus Residual Subsyndromal Depressive Symptom (SSD) Resolution of Index Major Depressive Episode^a

Depressive Illness Level	Percentage of Weeks in 10-Year Period After Start of First Well Interval		Significance		
	Asymptomatic Recovery (n = 128) ^a	Residual SSD Resolution (n = 74) ^{a,b}	t ^c	df	p ^d
Asymptomatic					
Mean (SD)	71.5 (28.4)	30.3 (29.2)	10.10	200	<.0001
Range	1.7–100.0	0.0–94.8			
Level of depressive symptom severity					
Subsyndromal depressive symptoms					
Mean (SD)	9.0 (14.9)	33.4 (25.4)	-9.14	124.1 ^e	<.0001
Range	0.0–75.0	2.7–100.0			
Minor depressive episode threshold					
Mean (SD)	12.9 (17.2)	24.7 (21.4)	-4.84	200	<.0001
Range	0.0–94.5	0.0–89.0			
Major depressive episode threshold					
Mean (SD)	6.6 (9.6)	11.6 (14.6)	-2.75	127.9 ^e	.007
Range	0.0–55.8	0.0–60.5			
Minor or major syndromal threshold					
Mean (SD)	19.6 (22.5)	36.3 (27.6)	-5.01	200	<.0001
Range	0.0–95.5	0.0–97.3			
Depressive symptoms at any level of severity					
Mean (SD)	28.5 (28.4)	69.7 (29.2)	-10.10	200	<.0001
Range	0.0–98.3	5.2–100.0			

^aDepressive illness burden is described during a period that starts with the first of 0 consecutive weeks asymptomatic.

Quattro settimane consecutive di **remissione** sintomatica definiscono la fine di un episodio depressivo maggiore e l'inizio di un periodo di benessere stabile con miglioramento del funzionamento psicosociale.

La "**remissione con sintomi residuali**" è una prosecuzione di uno stato attivo dell'episodio, non la fine di un episodio depressivo maggiore.

Treating to target in major depressive disorder: response to remission to functional recovery

CNS Spectrums (2015), 20, 20-30.

Roger S. McIntyre,^{1,2} Yena Lee,³ and Rodrigo B. Mansur³*

Nonostante l'importanza data alla remissione, una sostanziosa percentuale di adulti con Disturbo depressivo maggiore che raggiunge una "remissione completa" continua a riportare un **esito sfavorevole**.

Molti individui con MDD "in remissione" continuano ad essere compromessi da un punto di vista funzionale in ambito lavorativo, così come pure in ambito interpersonale, sociale e familiare.

L'obiettivo terapeutico finale nel Disturbo depressivo maggiore è quello di raggiungere e mantenere una "recovery funzionale" completa.

FUNCTIONAL RECOVERY IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. FOCUS ON EARLY OPTIMIZED TREATMENT

Jeffrey Habert, MD, CCFP, FCFP^{a,*}; Martin A. Katzman, MD, FRCPC^b; Oloruntoba J. Oluboka, MD^c;
Roger S. McIntyre, MD^d; Diane McIntosh, MD, FRCPC^e; Glenda M. MacQueen, MD, PhD^f;
Atul Khullar, MD, FRCPC^g; Roumen V. Milev, MD, PhD, FRCPC^h; Kevin D. Kjernisted, MD^e;
Pratap R. Chokka, MD^g; and Sidney H. Kennedy, MD, FRCPCⁱ

Prim Care Companion CNS Disord 2016;18(5):doi:10.4088/PCC.15r01926
© Copyright 2016 Physicians Postgraduate Press, Inc.

OPINIONE DEI CLINICI

La “recovery funzionale” completa richiede la risoluzione di tutti gli aspetti principali del Disturbo depressivo maggiore, inclusi i sintomi residui che possono avere un impatto diretto sul funzionamento.

punto di vista del paziente

la risoluzione dei sintomi è un fattore determinante per la remissione, ma il ritorno al precedente livello di funzionamento e il recupero del PIACERE nello svolgimento delle attività quotidiane e nelle relazioni interpersonali sono altrettanto importanti.

Piacere

Esaminando le dimensioni sintomatologiche della depressione, l'anedonia risulta essere l'unica dimensione in grado di predire la durata del periodo di remissione sintomatica e il numero di giorni liberi da malattia.

McMakin. Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Apr

RAP

Review article

Anhedonia and positive affect in depressed patients. A qualitative overview

Fabiola Sarchione
Annarita Rucco
Gianfranco Stigliano
Ornella Campese
Massimo Di Giannantonio

Department of Neuroscience, Imaging and Clinical Sciences, "G. d'Annunzio" University of Chieti, Italy

Address for correspondence:
Fabiola Sarchione
Department of Neuroscience, Imaging
and Clinical Sciences
"G. d'Annunzio" University of Chieti
Via dei Vestini 31
66100 Chieti, Italy
E-mail: fabiol4.sarchione@gmail.com

Abstract

Introduction

Depression is a mental disorder defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Axis I Disorders-5th edition (DSM-5) as a clinical circumstance where "during the same 2-week period, depressed mood and/or anhedonia are presented" (1). "Hedonic tone" is the ability to experience pleasure. Anhedonia has originally been defined by Ribot (2) as the inability to experience pleasure in response to rewarding stimuli and it refers to both a state symptom in various psychiatric disorders, such as social anxiety disorder (3), posttraumatic stress disorder (4, 5), generalized anxiety disorder (6), schizophrenia and substance use disorder (7), and a personality trait (8). Originally, Clark & Watson (1991) defined the so called "tripartite model" of fear, anxiety and depression in which negative affect factor was shared by anxiety and depression, anhedonia was specific for depression, and physiological hyperarousal was specific for "anxiety" (9, 10). In general, the mood is described as slow-moving feeling condition not strictly associated to environmental or other peculiar stimuli, while emotions are the direct consequences to important stimuli. It is

**SE LE ALTRE MALATTIE FOSSERO AFFRONTATE
COME LA DEPRESSIONE:**



MACBETH: Non puoi tu aiutare una mente ammalata, strappare dalla memoria un dolore che vi si è radicato, cancellare dal cervello le angosce che vi sono state scritte e, con qualche antidoto che dia dolcemente l'oblio, liberare un petto gravato da quel pericoloso ingombro che preme sul cuore ?

DOTTORE: In casi simili, il malato si deve aiutare da solo.

MACBETH: Getta la tua scienza ai cani; non voglio più saperne.

W. Shakespeare, Macbeth