AFFETTI POSITIVI: DOPO LA DEPRESSIONE LA *RESTITUTIO AD INTEGRUM*

Prof. Massimo di Giannantonio

Dipartimento di Neuroscience and Imaging
Università “G. d’Annunzio” - Chieti

SE LE ALTRE MALATTIE FOSSERO AFFRONTATE COME LA DEPRESSIONE:

“L’uomo è un instancabile ricercatore del piacere, e gli pesa ogni rinuncia ad un piacere che ha conosciuto precedentemente.”

S. Freud

LA SOCIETA' LIQUIDA

Siamo immersi nel tempo post-moderno della libertà senza limiti, della causalità esterna e del comportamento, dell'eclissi del desiderio, del disorientamento, dell' "edipo" con la "e" minuscola.

(Argentieri 2008)

Una civiltà meno disciplinare e vincolante, ha prodotto organizzazioni di personalità meno rigide – con un Super-Io meno impositivo e un Io più fragile – caratterizzate dalla coesistenza di livelli molto evoluti con altri primitivi e pericolosamente immaturi.

(Argentieri, Gosio 2013)

Si configura un disturbo fra Io e ideale dell'Io (evoluzione/involuzione da Edipo a Narciso), da qui si crea uno scarto in cui si misurano onnipotenza e frustrazione, unione e separazione, identità e alterità, angosce di perdita e aggressività.

(Argentieri, Gosio 2013)

Nella "liquidità" esistenziale identitaria proliferano nuove vulnerabilità antropologiche caratterizzate da una forte instabilità, dove contenuto e contenitore si mescolano confondendosi.

(Baumann 1999)

“ MODERNITA’ LIQUIDA”
ZYGMUNT BAUMAN

Si assiste ad una progressiva crescita del processo di individualizzazione (punto cardine della fase “liquida”) che si pone in un rapporto dialettico con le strutture e la visione del mondo caratteristiche della fase “solida”.

“Il disagio della postmodernità nasce da un genere di libertà nella ricerca del piacere che assegna uno spazio troppo limitato alla sicurezza individuale”….

Il sentimento principale che affligge l’uomo postmoderno è un sentimento di DISAGIO, richiamando, seppur opportunamente adattata al contesto attuale, la dialettica “principio di piacere-principio di realtà” già enunciata da Freud nella sua opera “Il disagio della civiltà”.

Ma da cosa ha origine questo disagio?

Da diversi fattori, primo dei quali è dato dal problema dell’identità: nel postmoderno infatti, a differenza dell’epoca moderna, in cui la questione principale era quella di costruire un’identità e stabilizzarla, si rende necessario evitare qualsiasi tipo di fissazione: non a caso, la parola d’ordine postmoderna circa la questione dell’identità è “riciclare”.

SE' LIQUIDO E DEPRESSIONI

Il Sé è annientato da proto-emozioni (Ferro, 1996, 2006) e sensazioni non simbolizzabili quali la frustrazione, la rabbia, l'invidia, la rivalità e la competizione, si genera un impoverimento del mondo interno e relazionale dei soggetti dipendenti.

Ci si affida a qualcosa (oggetti da comprare, internet, telefonini, droghe, sesso) o qualcuno (spacciatori, uomini politici, leader) da cui aspettarsi soluzioni magiche per evitare lo sforzo di pensare, di collaborare costruttivamente e difendersi dalle pene del principio di realtà (organizzazione difensiva narcisistica).

Gli oggetti della disagio, sotto l'aspetto dinamico, hanno delle similarità con l'oggetto transizionale: sono non umani, hanno qualità tattili, devono essere sempre disponibili e prevedibili; d'altra parte perdono la peculiare caratteristica di transizione verso la percezione di un oggetto nettamente differenziato dal soggetto e verso una «relazione oggettuale» (Winnicott).

NUOVE TECNOLOGIE E DISTORSIONE DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

"… solo utilizzando i nostri sensi in maniera profonda, completa e, soprattutto, consapevole possiamo far emergere e ricostruire la vastità delle relazioni che ci fanno interagire con il mondo, poiché occhi, pelle, lingua e orecchie sono, di fatto, porte di accesso tramite cui il nostro corpo riceve stimoli dall' "altruità"…

"… la tecnologia, se mal impiegata, atrofizza i nostri sensi riducendo le capacità sensoriali su cui si costruiscono le relazioni umane …"

David Abram, *The Spell of the Sensous. Perception and languages in a More-Than-human World,*, 1996.

HIKIKOMORI: RITIRARSI … IN GIAPPONE

ひきこもり

Isolarsi, chiudersi, ritirarsi

Inamura Kasahara (1978): **“sindrome da ritiro”**

Profilo Hikikomorians:

Ritiro sociale da almeno 6 mesi
(fino a 10-13 anni)
Età: 19-27 anni
Prevalenza sesso maschile, figlio primogenito (90%)
Fobia scolare precedente o ritiro scolastico
Impiego intensivo di Internet
Inversione del ritmo circadiano (81%)
Assenza di altre psicopatologie al momento della diagnosi

HIKIKOMORI: EPIDEMIOLOGIA

2 milioni i casi di Hikikomori riconosciuti in Giappone
(circa il 5 % della popolazione giovanile)

In letteratura sono disponibili *case report* di adolescenti in Hikikomori anche:

Stati Uniti (Ricci, 2008)
Italia (A. Piotti, 2008)
Taiwan (Ko et al, 2008)
Spagna (Garçia et al, 2008)
Corea (Aguglia, 2010)

La tradizione culturale coesiste con la tecnologia e la comunicazione di massa

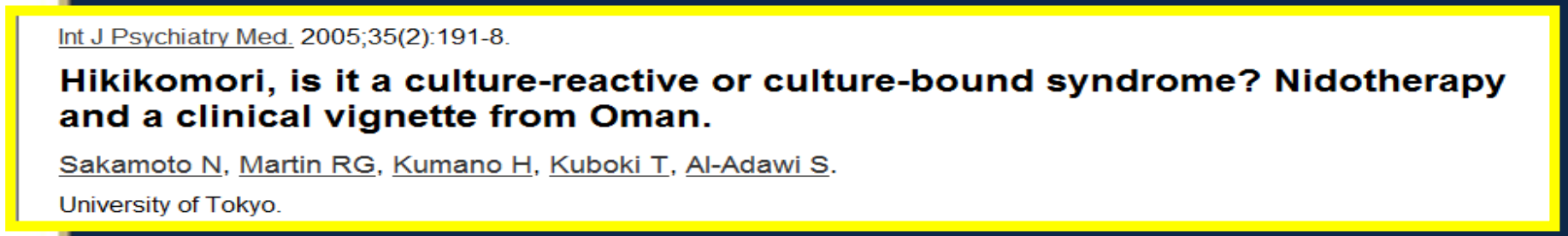
Sarchione et al. Hikikomori: clinical and psychopathological issues (2014)

GIAPPONE: L'AVAMPOSTO DI UN FENOMENO GLOBALE?

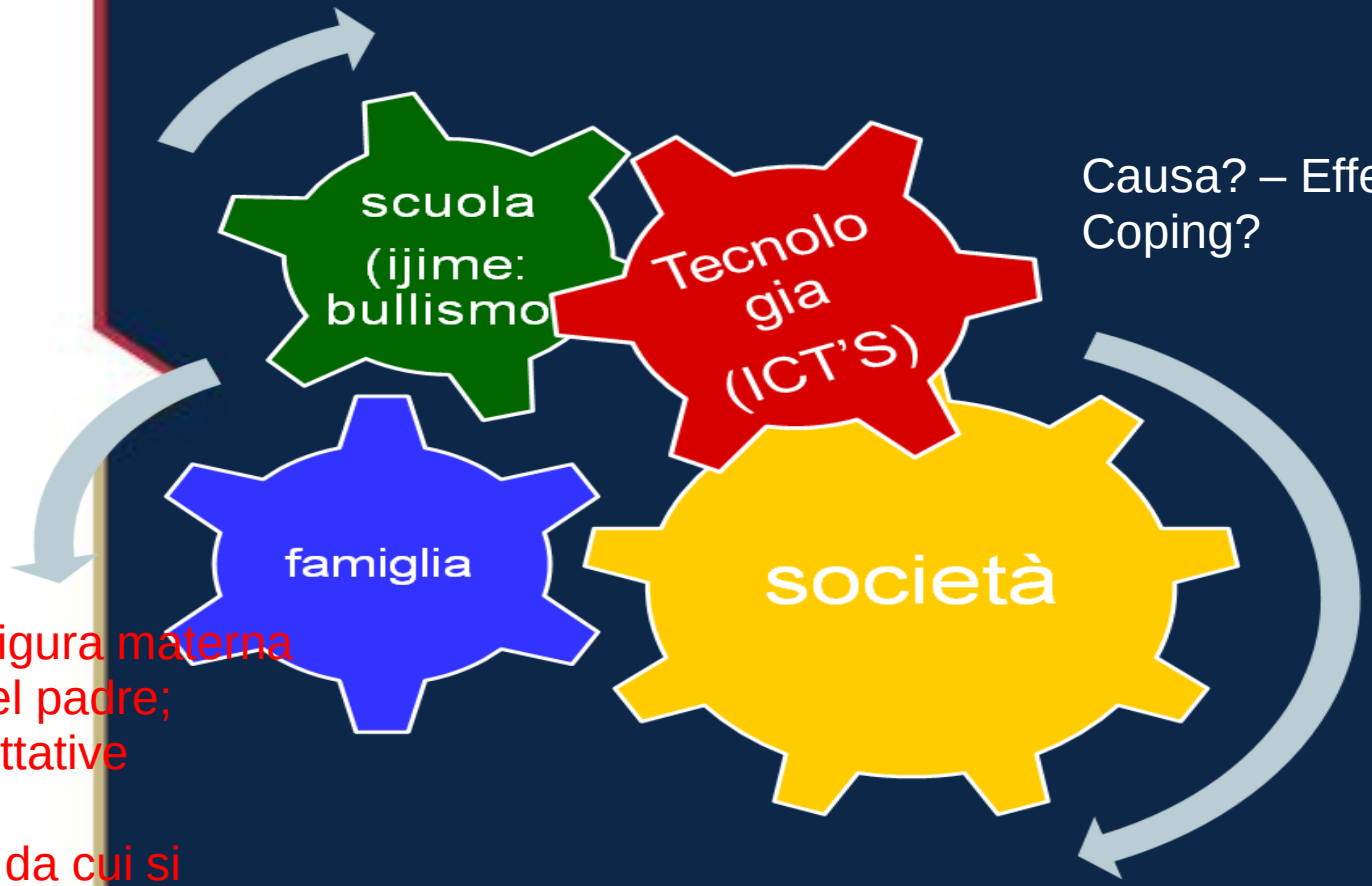
Lancet. 2011 Sep 17

Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad?

Kato TA, Shinfuku N, Sartorius N, Kanba S



HIKIKOMORI: ANTROPOLOGIA DI UN EREMITAGGIO

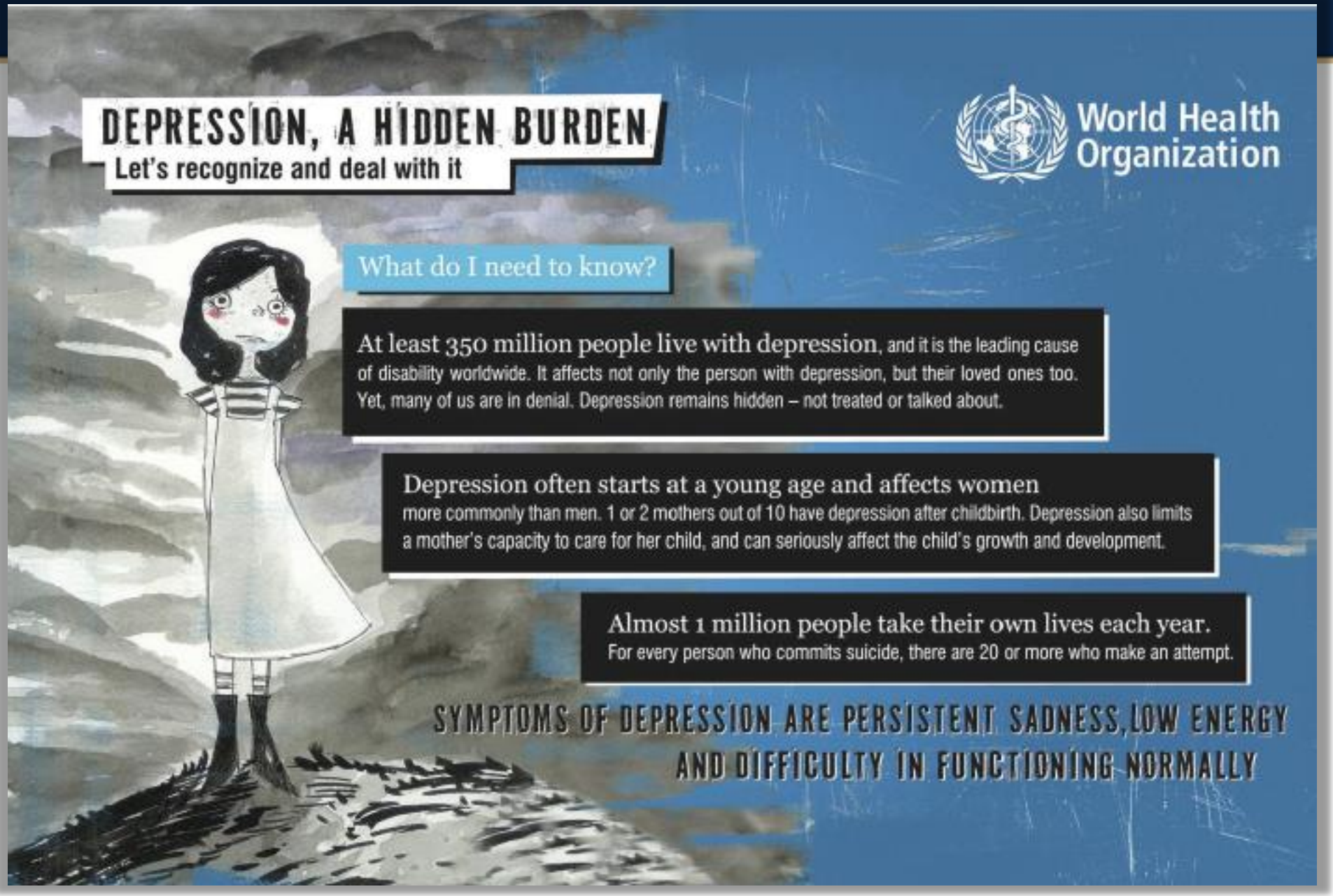


Causa? – Effetto? – tentativo di Coping?

- Legame morboso alla figura materna con la relativa assenza del padre;
- sensi di colpa per aspettative disattese;
- sentimenti di vergogna da cui si generano tentativi di nascondimento.

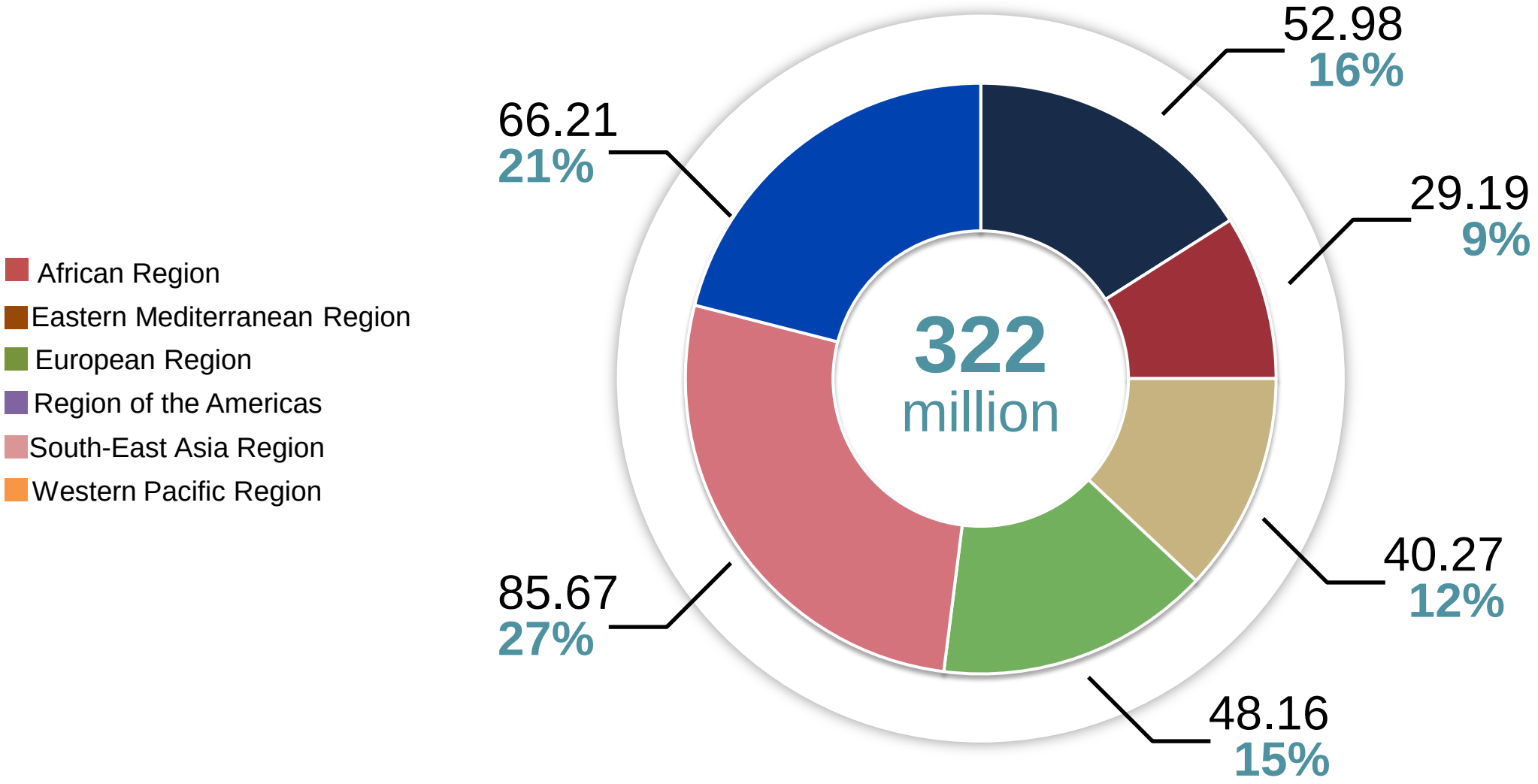
Contrasto tra realizzazione individuale e senso del dovere verso la società: vissuti di indegnità

322 milioni di persone **In 10 anni +20%**

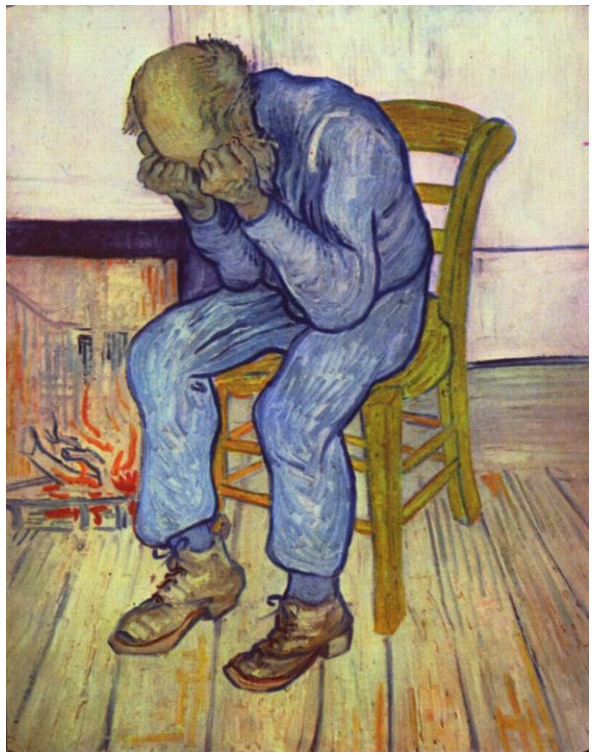


WHO, 2012

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



L'UNIVERSO DEPRESSIVO

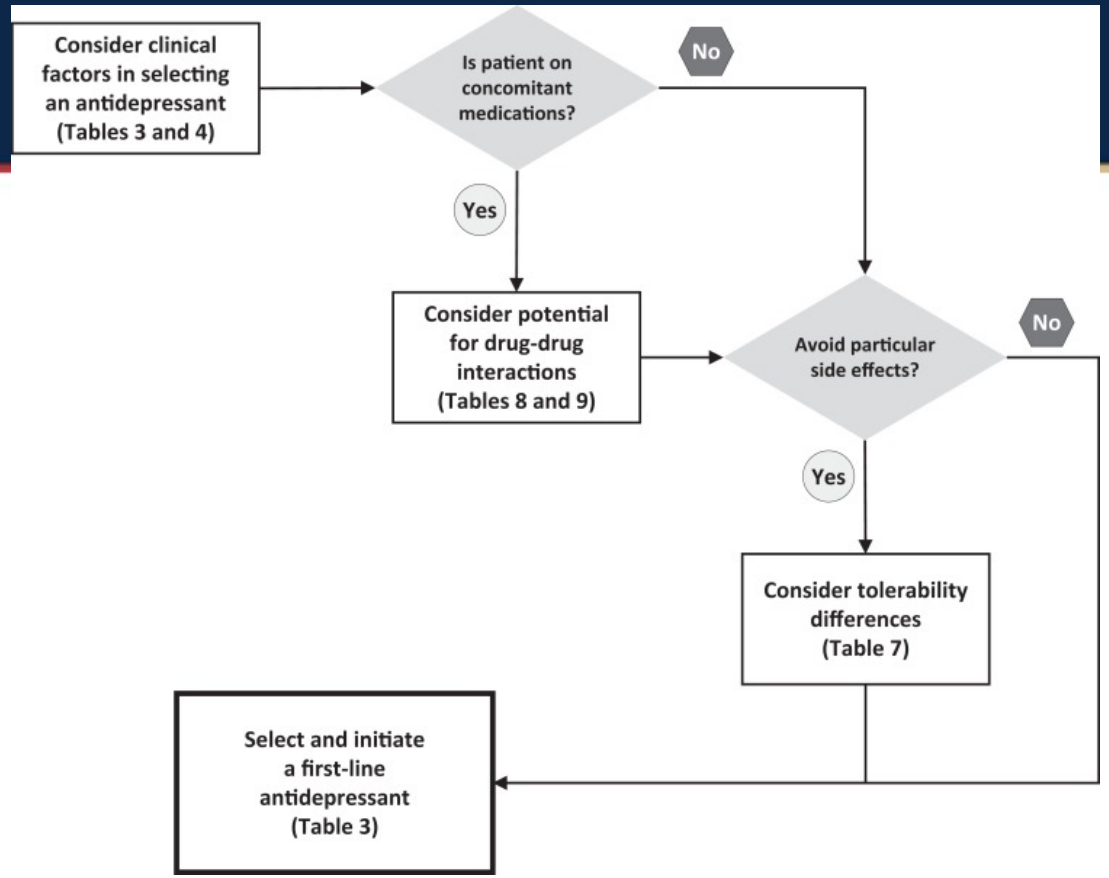


Episodio Depressivo Maggiore

SINTOMI AFFETTIVI
- Ansia
- Tristezza
- Anedonia
- Ideazione di Colpa
- Labilità Emotiva
- Irritabilità

SINTOMI COGNITIVI
- Ridotta Concentrazione
- Ideazione Ossessiva
- Problemi di Memoria
- Ideazione Suicidaria
- Ritiro Sociale

SINTOMI SOMATICI
- Ritardo Psicomotorio
- Affaticabilità
- Disturbi Sessuali
- Disturbi dell'Appetito
- Dolore Fisico
- Disturbi del Sonno



Factors to Consider in Selecting an Antidepressant.

Can J Psychiatry. 2016 Sep; 61(9): 540–560. PMCID: PMC4994790
Published online 2016 Aug 2. doi: 10.1177/0706743716659417

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,*] 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 Group[12]

Dalla depressione al trattamento delle depressioni

Patient Factors	Medication Factors
• Clinical features and dimensions	• Comparative efficacy
• Comorbid conditions	• Comparative tolerability (potential side effe
• Response and side effects during previous use of antidepressants	• Potential interactions with other medication
• Patient preference	• 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

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 PER IL DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO

Disturbo da lutto persistente complicato

Criteri proposti

A. L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta.

B. Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo, ed è perdurato negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:

1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli, il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento.
2. Tristezza e dolore emotivo intensi in seguito alla morte.
3. Preoccupazione per il deceduto.
4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine.

C. Dal momento della morte, almeno sei dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e a un livello di gravità clinicamente significativo, e sono perdurati negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:

Sofferenza reattiva alla morte

1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte.
2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo la perdita.
3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto.
4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita.
5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es., senso di autocolpevolezza).
6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es., evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto).

Disordine sociale/dell'identità

7. Desiderio di morire per essere vicini al deceduto.
8. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri.
9. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri.
10. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di "non farcela" senza il deceduto.
11. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es., sentire che una parte di se stessi è morta insieme al deceduto).
12. Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es., amicizie, attività).

D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose o appropriate per l'età.

Specificare se:

Con lutto traumatico: Lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolosa o intenzionale della morte.

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Edizione Italiana, pag 914-915

LUTTO VS EDM SECONDO IL DSM-5

Lutto: Intenso desiderio o nostalgia per il defunto. Intensa tristezza e dolore emotivo e preoccupazione per il defunto o per le circostanze della morte sono risposte attese che si verificano nel lutto.

LUTTO

- Il vissuto predominante consiste in sentimenti di vuoto e perdita
- La disforia diminuisce di intensità nel corso di giorni o settimane e si verica a ondate associate a pensieri o ricordi del defunto.
- Il dolore può essere accompagnato ad umore ed emozioni positive
- Il contenuto del pensiero presenta preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto
- L'autostima è preservata
- I pensieri relativi alla morte o al morire sono focalizzati sul defunto e sul raggiungimento di quest'ultimo.

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE (EDM)

- Predominano umore depresso persistente, incapacità di provare felicità o piacere
- L'umore depresso non è legato a specifici pensieri o preoccupazioni
- Umore ed emozioni positive non sono caratteristiche dell'EDM
- Il contenuto del pensiero è caratterizzato da ruminazioni autocritiche o pessimistiche
- Sono comuni i sentimenti di autosvalutazione e disgusto verso se stessi
- I pensieri relativi alla morte sono focalizzati sul mettere fine alla propria vita per sentimenti di inutilità, indignità, incapacità di fronteggiare il dolore dovuto alla patologia.

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Edizione Italiana, pag 186, nota 1

LUTTO VS EDM SECONDO IL DSM-5

- Il lutto può indurre una grande sofferenza, ma non induce tipicamente un EDM
- Quando si verificano contemporaneamente i sintomi depressivi e la compromissione funzionale tendono ad essere più gravi e anche la prognosi è peggiore
- La depressione correlata al lutto tende a verificarsi in persone con altre vulnerabilità ai disturbi depressivi.
- Il recupero può essere facilitato da un trattamento antidepressivo

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5, Edizione Italiana, pag 176

”I pezzi di vetro sparsi per terra tornano di nuovo vicini…”
Niccolò Fabi, dopo la perdita della figlia per meningite fulminante

SONO DEPRESSA.....
IL MEDICO DICE CHE
DEVO PENSARE
ALLE COSE BELLE,
IL LAVORO,
LE VACANZE,
L'AMORE....
IO DICO
CHE DEVO
CAMBIARE
MEDICO.....
marianagosta09

Strategie terapeutiche innovative: obiettivo RECOVERY

Can J Psychiatry. 2016 Sep; 61(9): 540–560. PMCID: PMC4994790
Published online 2016 Aug 2. doi: 10.1177/0706743716659417

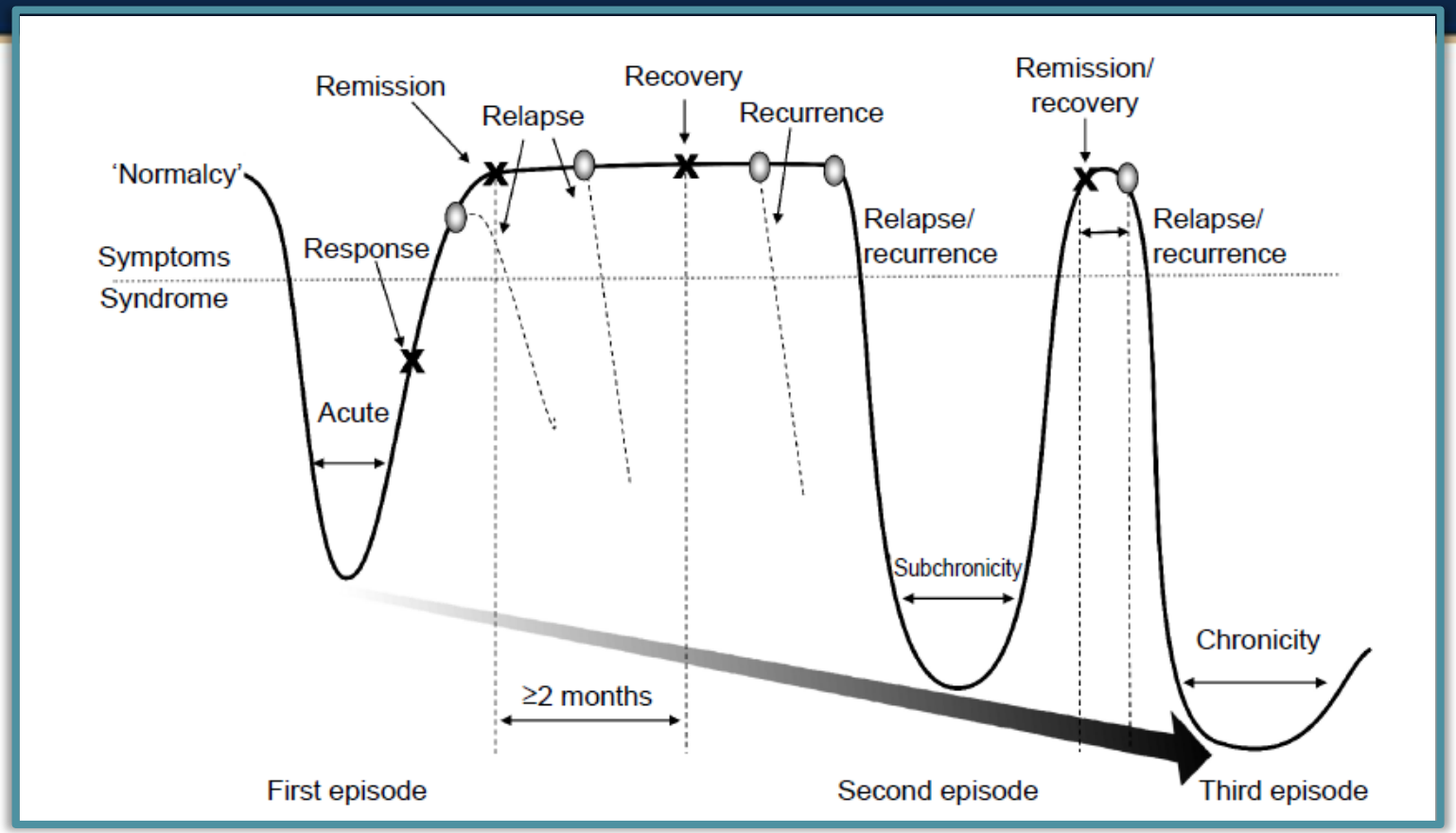
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder

Sidney H. Kennedy, MD,[1,*] 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 Group[12]

Phases of Treatments and Activities.

Treatment Phase	Duration	Goals	Activities
Acute	8 to 12 weeks	• Remission of symptoms • Restoration of functioning	• Establish therapeutic alliance • Educate and support self-management • Select and deliver evidence-based treatment(s) • Monitor progress
Maintenance	6 to 24 months, or longer	• Return to full functioning and quality of life • Prevention of recurrence	• Educate and support self-management • Rehabilitate • Treat comorbidities • Monitor for recurrence

Strategie terapeutiche innovative: la RECOVERY come obiettivo finale



Risposta

Variazione MADRS o HAMD21 di almeno 50% vs basale

Remissione

MADRS<=12 o 10
$HAMD_{21}$<=7

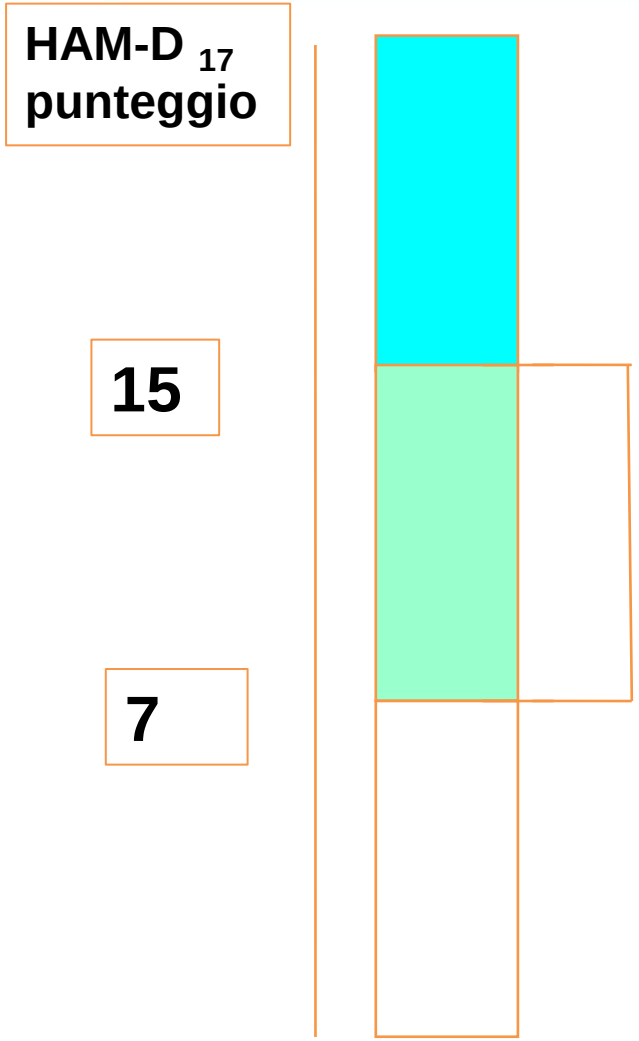
RECOVERY

Greer TL et al. CNS Drugs 2010;24:267-84; Lam RW et al. J Affect Disord 2011;132(Suppl 1):S9-13

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



DEPRESSIONE

RISPOSTA

Riduzione del 50% rispetto al basale del punteggio HAM-D_{17} / HAM-$D_{17} \leq 15$

REMISSIONE

Punteggio HAM-D_{17}<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.

(Greden, 2003)

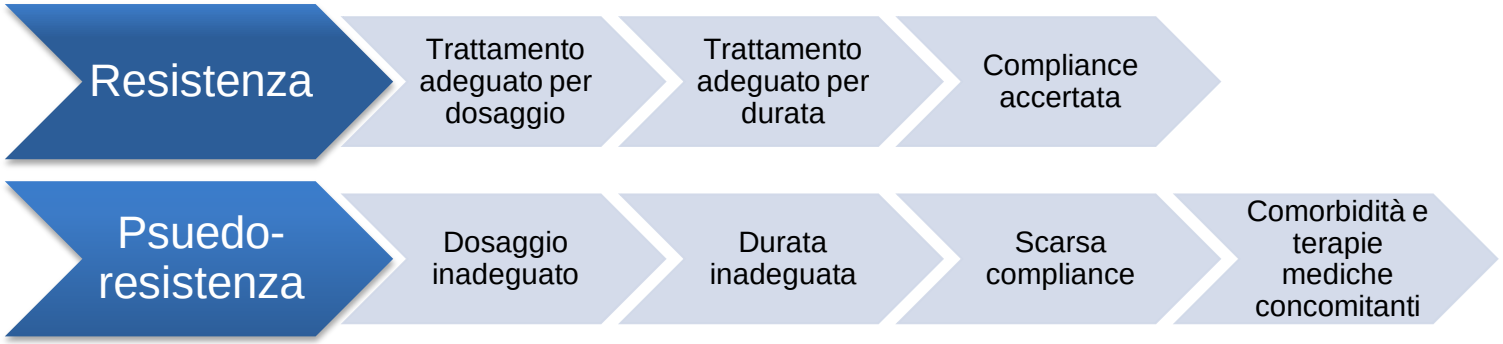
Perché è cosi difficile raggiungere la remissione?

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 favorenti 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

Il concetto di Resistenza nella Depressione



- **Non Responder**: il paziente non risponde ad un adeguato trial antidepressivo di almeno 2 mesi
- **Resistente:** il paziente non risponde ad almeno 2 adeguati trials antidepressivi (durata dei tentativi anche di 1-2 anni)
- **Refrattario:** il paziente presenta eventi avversi ai farmaci o peggiora durante il trattamento

25% di pazienti NON RISPONDE al trattamento (nelle prime 6-12 settimane)

54% NON RAGGIUNGE LA REMISSIONE COMPLETA

61% ha almeno 1 effetto collaterale imputabile al trattamento

From the past to the future

Come è cambiata l'aspettativa nei confronti del trattamento della depressione?

Risposta
Persistenza di molti sintomi

Riduzione dei sintomi ≥50%, per esempio alla scala MADRS o alla scala HAM-D

anni '70

Remissione
Possibile persistenza di alcuni sintomi

Definizione che varia da uno studio all'altro ma che viene comunemente valutata da un punteggio ≤10 alla scala MADRS o da un punteggio ≤7 alla scala HAM-D17

anni '90

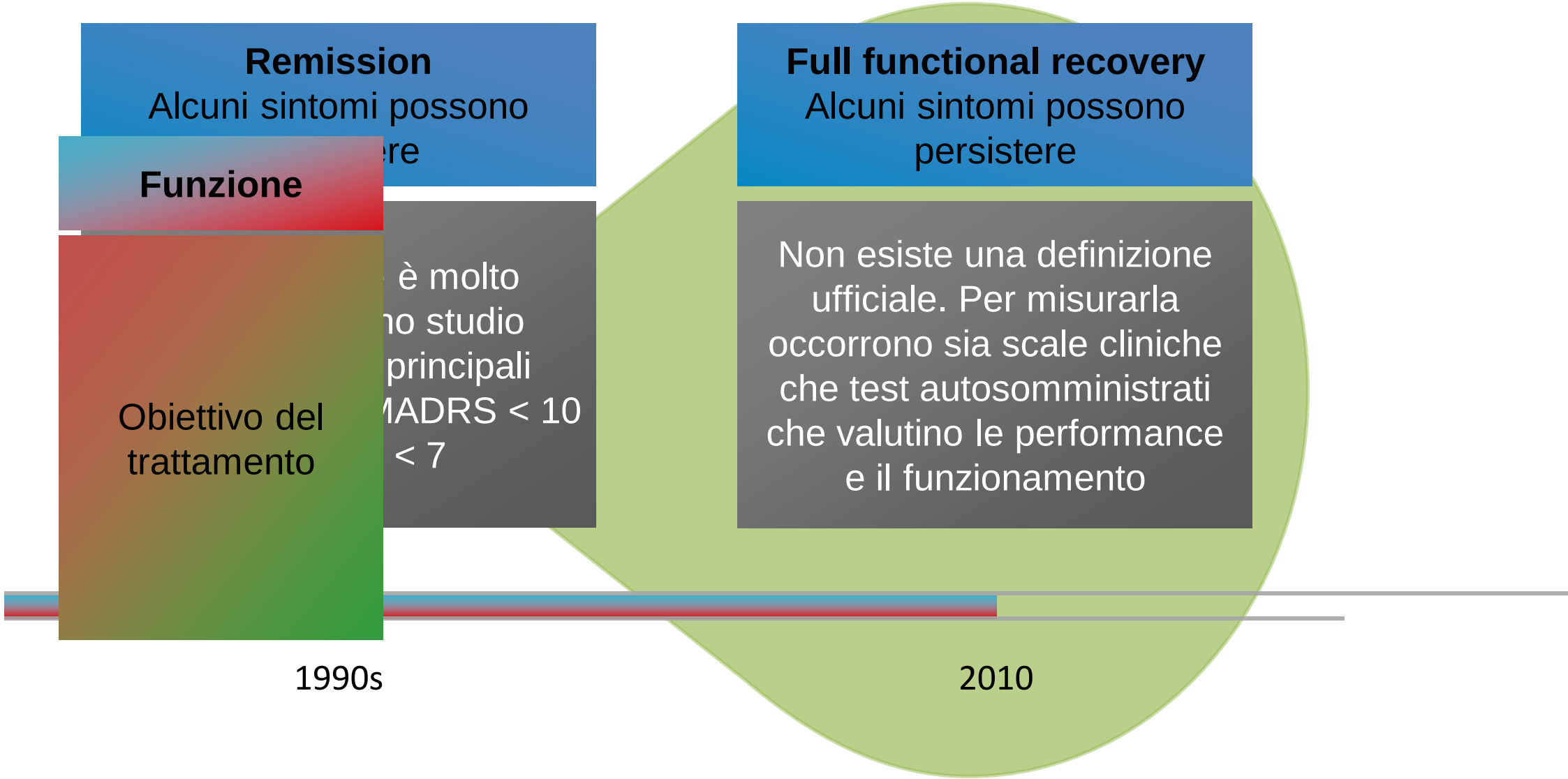
Recupero funzionale completo
Possibile persistenza di sintomi o loro scomparsa

Nessuna definizione ufficiale: le misure devono comprendere una valutazione effettuata dal medico, l'autovalutazione del soggetto e le prestazioni ottenute in una serie di test al fine di valutare sia i sintomi sia il funzionamento del soggetto

anni 2010

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.

(Liberman 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 soli **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[a]; 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]

	Percentage of Weeks in 10-Year Period After Start of First Well Interval		Significance		
Depressive Illness Level	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			

[a]Depressive illness burden is described during a period that starts with the first of 8 consecutive weeks asymptomatic or

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. Mansur[3]*

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, FRCPC[i]

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

DISTINGUERE RECOVERY E REMISSIONE SINTOMATICA: IMPLICAZIONI PER LA RICERCA E LA CLINICA

A. John Rush, MD

DISPLAY, OR COMMERCIAL PURPOSES.

J Clin Psychiatry 76:6, June 2015

Raggiungere la **Functional recovery** significa che il paziente possa tornare al suo periodo di maggior funzionamento, precedente alla comparsa del disturbo.

Raggiungere la recovery: TIME IS BRAIN

Il raggiungimento della recovery può richiedere più di un anno dopo la remissione sintomatica sia nella depressione ricorrente che nel disturbo bipolare, soprattutto a causa di sintomi residui. Questo avvalora la necessità di un trattamento prolungato.

van der Voort et al. Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder.
J Clin Psychiatry. 2015

Non trattato un episodio depressivo maggiore può causare alterazioni progressive della conformazione cerebrale e della funzionalità dei network. Le recenti evidenze che dimostrano come un trattamento ritardato può associarsi a un outcome peggiore, evidenziano la necessità di un intervento immediato per raggiungere una recovery completa.

Oluboka et al. **Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Providing Early Optimal Treatment for the Individual Patient**

Come valutare la recovery???

Riportare il paziente a livello di funzionamento precedenti alla malattia è sempre più considerato un obiettivo fondamentale in aggiunta alla remissione sintomatica. In questo senso la recovery è stata associata a un miglior prognosi ed è spesso un obiettivo clinico richiesto espressamente dal paziente.

Romera et al. Remission and functioning in major depressive disorder. Actas Esp Psiquiatr. 2013

Non esistono strumenti validati per stabilire il funzionamento e quindi la remissione e la recovery nei pazienti anziani depressi

A Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression.
Bingham KS, et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2018.

Nei 35 studi inclusi nell'analisi qualitativa più recente in letteratura, la scala di Sheehan per valutare la disabilità nelle attività quotidiane, è stata la scala più frequentemente utilizzata per la valutazione del funzionamento e la definizione di recovery.

Sheehan et al. **Restoring function in major depressive disorder: a systematic review.** J Affective Disorder, 2017.

Strategie di trattamento innovative: obiettivo RECOVERY

Il training cognitivo computerizzato, frequente utilizzato nella pratica clinica della depressione resistente o meno alla terapia farmacologica, ha mostrato interessanti risultati nel miglioramento dei sintomi e del funzionamento, senza però modificare gli outcome esclusivamente cognitivi.

Motter JN, et al. **Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis.** J Affect Disord. 2016.

Gli interventi psicologici possono rafforzare e prolungare la recovery raggiunta attraverso l'uso dei farmaci.

Clark K et al. **Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** Clin Psychol Rev. 2015.

RECOVERY COME PROCESSO

Criteri operativi:

- Remissione o stabilizzazione dei sintomi
- Autonomia e indipendenza
- Attività di tempo libero in contesti normali
- Realizzazione di obiettivi significativi per la Persona

Liberman , Kopelowitz, Ventura e Gutkind , 2002

Fattori favorenti il raggiungimento di una recovery effettiva

Pattern di funzionamento del paziente precedente alla malattia
Comorbidità mediche e psichiatriche
Efficacia del trattamento
Completa remissione dei sintomi
Tempo di remissione
Durata della remissione
Qualità della remissione

Papakostas GI. Major depressive disorder: psychosocial impairment and key considerations in functional improvement. Am J Manag Care. 2009;15(11 Suppl):S316-21.

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

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