

best
intro



Ulike depresjonsforløp ved psykoselidelser

- hva betyr det for behandling?

Bergen psykoseprosjekt 2/BestIntro-study/
Bergen psychosis research group (BPRG)

Eirik Kjelby

Akuttpsykiatrikonferansen 07.02.20

Bakgrunn – depresjon ved schizofreni

- Depressivitet vanlig ved psykoselidelse: 25% (7-75%)
- Redusert livskvalitet
- Nedsatt adherence
- Økt tilbakefallsrisiko
- Økt risiko for selvskade og suicid
- Lengre sykehusopphold
- Utfordring: Skille depressive symptomer fra ekstrapyramidale symptomer (EPS) og negative symptomer

Bakgrunn for artikkelen

- Ulike **forløp** av depresjon ved primære psykoselidelser
 - under akutfase
 - Prodromal
 - Post-psykotisk
- Å kunne identifisere **karaktéristika for ulike forløp** kan bistå ift. risikovurdering og tidlig behandling
- **Lite enighet/kunnskap** om behandling av depresjon ved psykose
- dypere forståelse av fenomenene kan **bistå videre behandlingsforskning**



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Psychiatric Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychires



Trajectories of depressive symptoms in the acute phase of psychosis: Implications for treatment



E. Kjelby^{a,*}, R. Gjestad^{a,b}, I. Sinkeviciute^{a,b}, R.A. Kroken^{a,c,d}, E.-M. Løberg^{a,d,e,f}, H.A. Jørgensen^c, E. Johnsen^{a,c,d}

^a Division of Psychiatry, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

^b Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

^c Department of Clinical Medicine, Section of Psychiatry, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Bergen, Norway

^d NORMENT Centre of Excellence, University of Oslo, Norway

^e Department of Addiction Medicine, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

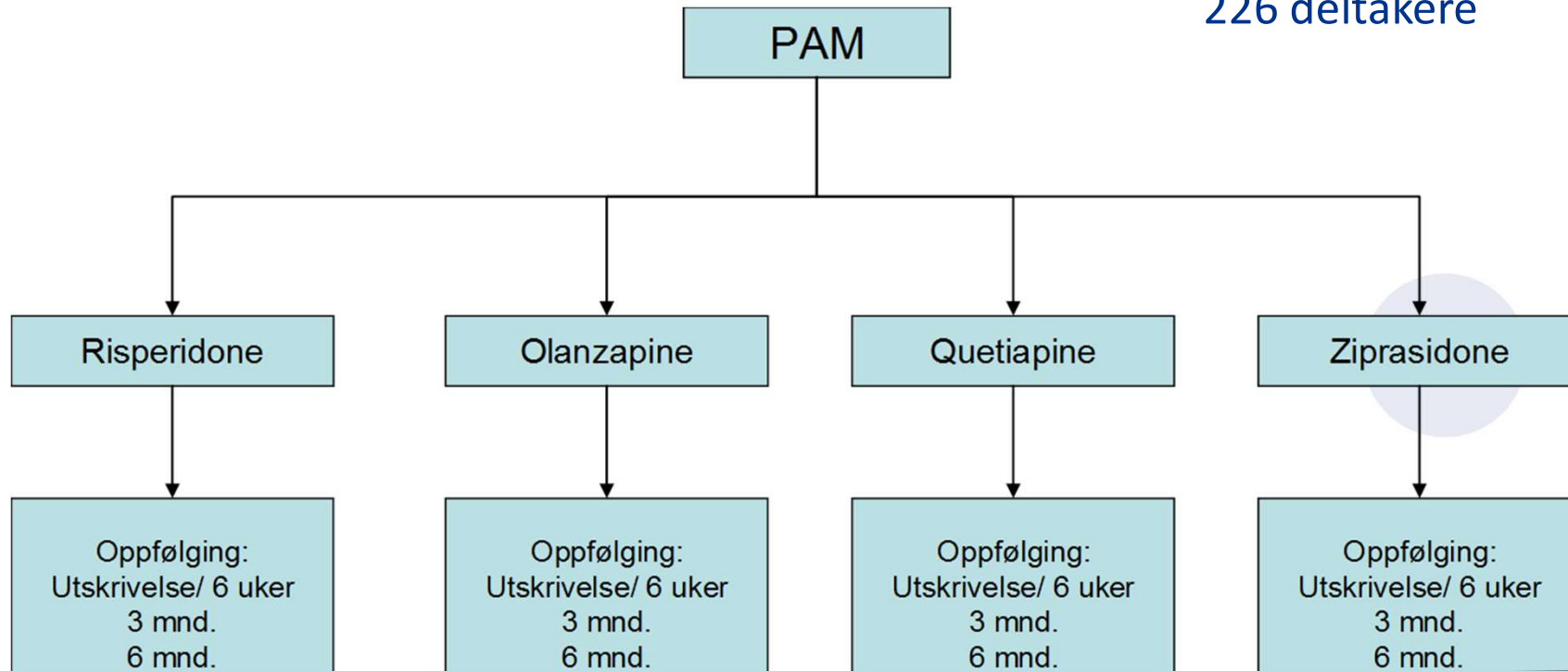
^f Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Norway

ABSTRACT

Depression is common in schizophrenia and associated with negative outcomes. Previous studies have identified heterogeneity in treatment response in schizophrenia. We aimed to investigate different trajectories of depression in patients suffering from psychosis and predictors of change in depressive symptoms during antipsychotic treatment. Two hundred and twenty-six patients > 18 years acutely admitted due to psychosis were consecutively included and the follow-up was 27 weeks. The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) sum score was the primary outcome. Latent growth curve (LGCM) and Growth Mixture Models (GMM) were conducted. Predictors were the Positive sum score of the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS), Schizophrenia spectrum/non-spectrum psychoses, gender and being antipsychotic naive at inclusion. We found support for three depression-trajectories, including a high- (14.7%), a low depression-level (69.6%) class and a third depressed class quickly decreasing to a low level (15.7%). Change in CDSS was associated with change in PANSS positive score in all time intervals (4 weeks: $b = 0.18$, $p < 0.001$, 3 months: 0.21 , $p < 0.023$, 6 months: 0.43 , $p < 0.001$) and with a diagnosis within schizophrenia spectrum but not with antipsychotic-naïveté at inclusion. The schizophrenia spectrum patients had less depressive symptoms at inclusion

Bergen psykoseprosjekt 1 – flytdiagram

226 deltakere



Mål

- Vi ville undersøke
 - ulike forløp av depresjon ved behandling av akutt psykose
 - målt ved **Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)**
 - og undersøke faktorer som evt. hang sammen med redusert depressivitet

Calgary Depression Scale (CDSS)

9 ledd (0-3):

- 0: fraværende
- 1: mild
- 2: moderat
- 3: alvorlig

Scorer siste 2 uker:

- Depresjon
- Håpløshet
- Selvnedvurdering
- Selvhenførende

forestillinger om skyld

- Patologisk depresjon
- Morgendepresjon
- Tidlig oppvåkning
- Selvmord
- Observert depresjon

http://www.ucalgary.ca/cdss/files/cdss/norwegian_cdss_2011.pdf

Metode

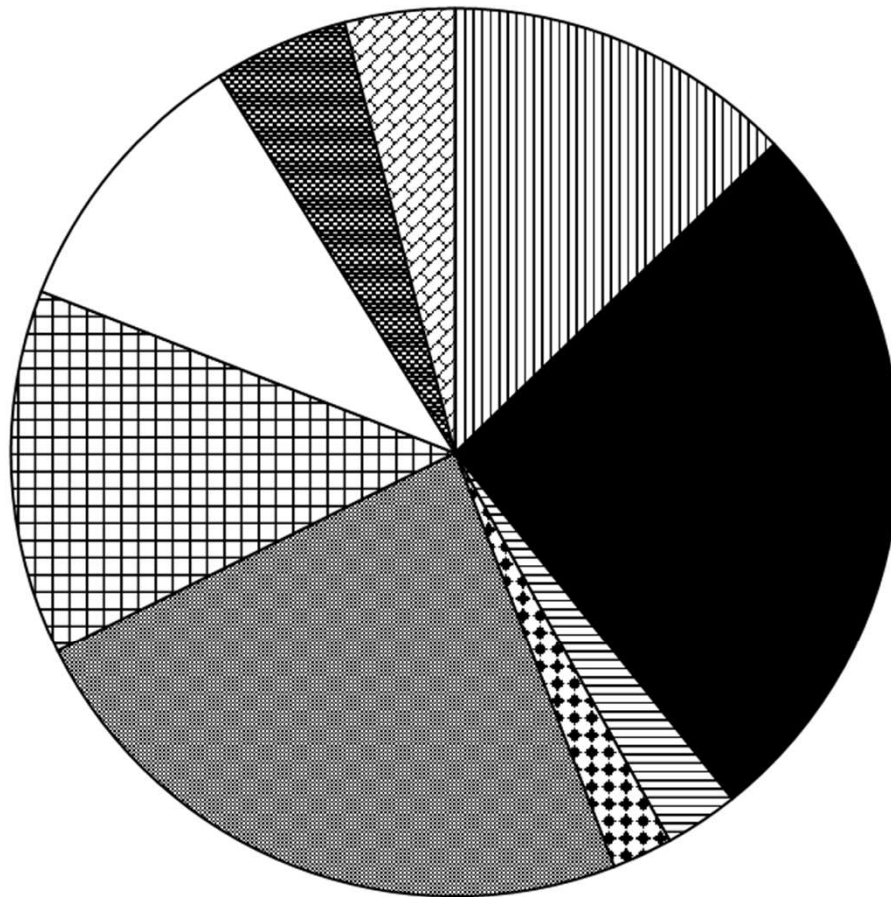
- Undersøkelser var ved
 - Studiestart
 - ca. 4 uker
 - 3 måneder
 - 6 måneder

Resultater - demografi

- 1/3 av de 226 pasientene var kvinner (32.7%)
- Gjennomsnittsalder 34.1 (SD 13.5)
- 44.2% hadde ikke brukt antipsykotika før

| | N | Mean |
|----|-----|------|
| T1 | 225 | 6.51 |
| T2 | 105 | 3.90 |
| T3 | 52 | 4.08 |
| T4 | 39 | 3.67 |

Diagnoser

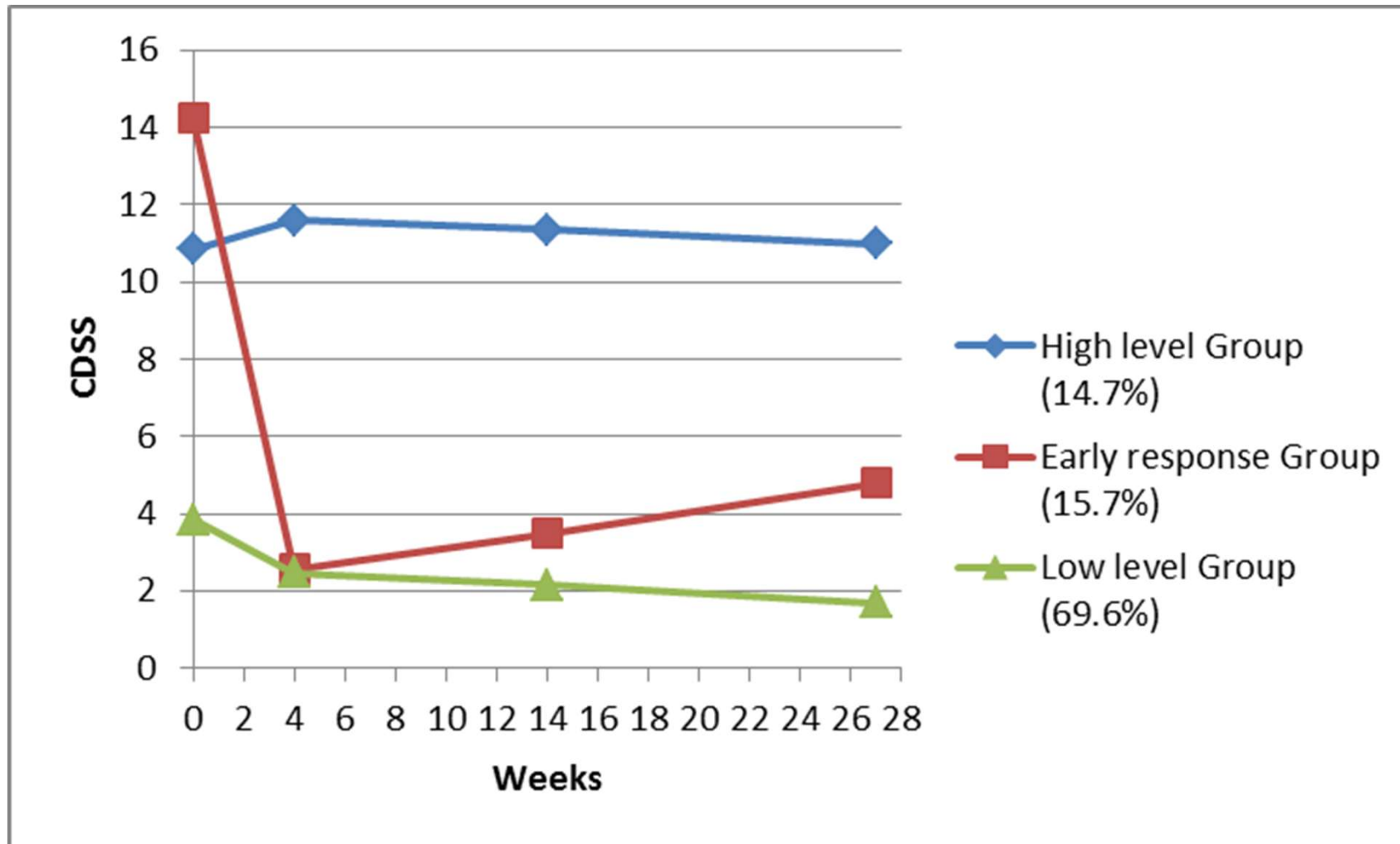


- ▨ Substance abuse-related psychosis (12.8%)
- Schizophrenia and schizophreniform psychosis (26.5%)
- ▤ Schizoaffective disorder (2.7%)
- ▩ Schizotypal disorder (2.2%)
- ▧ Delusional disorder and acute delusional disorder (23.5%)
- ▦ Other primary psychotic disorders (13.3%)
- Uni- or bipolar depression with psychotic symptoms (10.2%)
- ▣ Other (4.9%)
- ▨ Missing (4%)

Hva viste så forløpsanalysen?



BP1 - Treklasse-modell – trajectories



Resultater – sammenlikning av forløpsgrupper

| | Gruppe 1 Mye depressive symptom Gjennomsnitt | Gruppe 2 Tidlig respons Gjennomsnitt | Gruppe 3 Lite depress. sympt. Gjennomsnitt | ANOVA p-verdi |
|---------------------------------|---|--|---|------------------|
| PANSS Generell psykopatologi | 36.9 | 37.3 | 33.4 | 0.001 |
| Håpløshet | 1.5 | 1.7 | 0.4 | <0.001 |
| Suicidalitet | 1.4 | 1.5 | 0.2 | <0.001 |
| PANSS Desorganisering | 1.8 | 1.8 | 2.7 | <0.001 |
| PANSS Nedsatt innsikt | 3.0 | 2.7 | 4.0 | <0.001 |

- Det var ikke forskjeller mellom gruppene i forhold til kjønn, alder, positive psykotiske symptomer, funksjon, etc

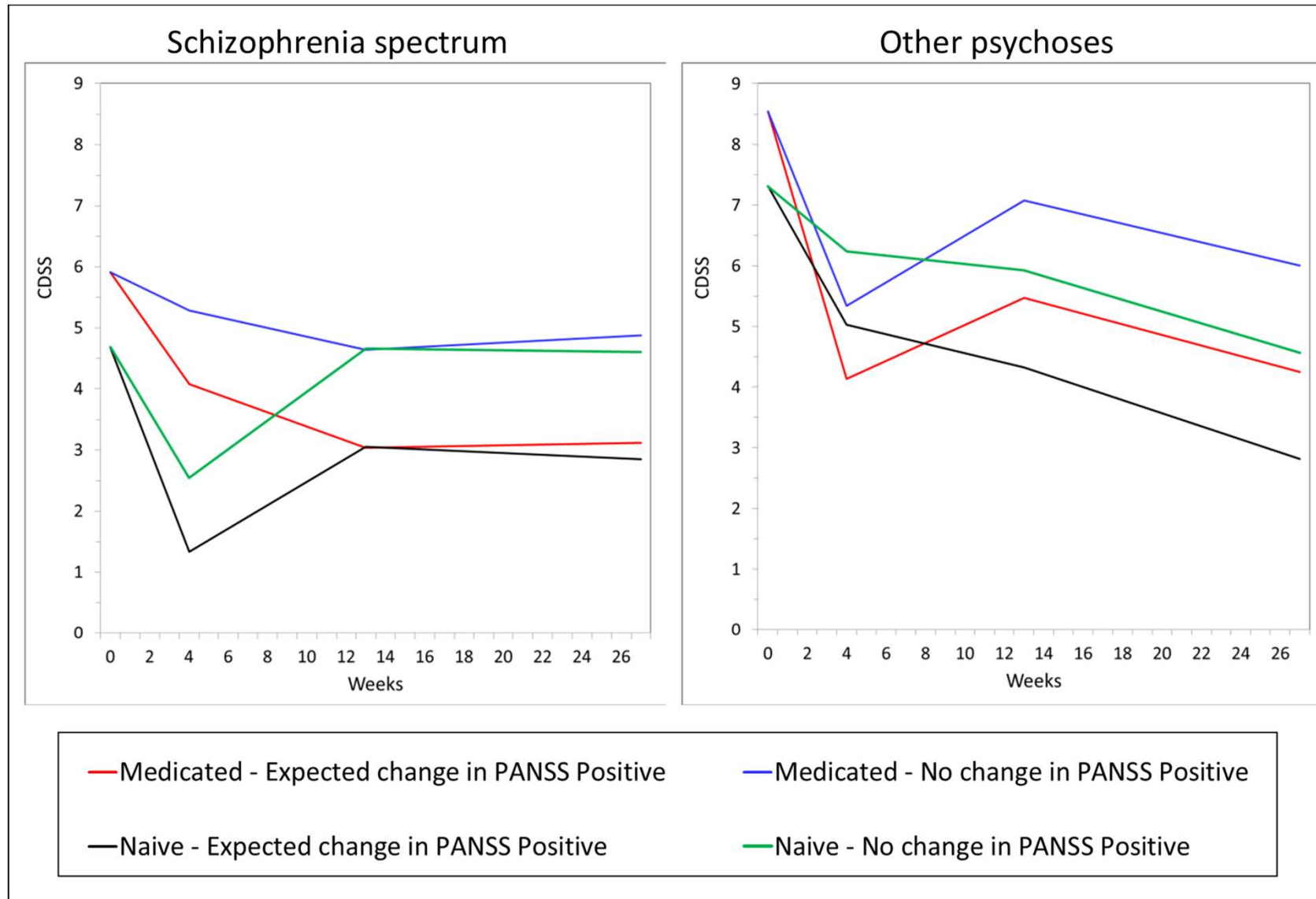
Resultater – sammenlikning av forløpsgrupper

| Variabel | Mye depressive symptom % | Tidlig respons % | Lite depressive symptom % | X ² , p-verdi |
|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| Antipsykotika-naive | 26.3 | 49.5 | 46.9 | 0.13 |
| Diagnose | | | | |
| Schizofreni spektrum | 42.1 | 28.8 | 63.5 | 0.001 |
| Andre psykoser | 57.9 | 71.2 | 36.5 | |
| Rus | | | | |
| Abstinens eller bruk uten problemer | 74.3 | 82.0 | 83.9 | 0.66 |
| Misbruk eller avhengighet | 25.7 | 18.0 | 16.1 | |
| Alkohol | | | | |
| Abstinens eller bruk uten problemer | 75.4 | 100 | 90.9 | <0.001 |
| Misbruk eller avhengighet | 24.6 | 0 | 9.1 | |

Resultater – forskrivning av antidepressiva

| | 4 uker | 3 måneder | 6 måneder |
|---|---------------|------------------|------------------|
| | % | % | % |
| Gruppe med lite depresjonssymptomer | 17 | 17 | 19 |
| Tidlig respons -gruppe | 22 | 38 | 20 |
| Gruppe med mye og vedvarende depresjonssymptomer | 65 | 88 | 71 |

Hva predikerte redusert depresjon?



BP1 - Depresjonsforløp - konklusjoner

- Vi fant støtte for **tre ulike depresjonsforløp** hos disse akutt psykotiske pasientene
- Av klinisk betydning identifiserte vi **en tidlig responsgruppe** og **en behandlingsresistent** gruppe
- Hos den vedvarende deprimerte gruppen **virker ikke antidepressiva (eller øvrig behandling) tilstrekkelig**
- Vi fant **ikke karakteristika** for dem som hadde vedvarende depresjon

Resultater – sammenheng mellom depresjon og andre variabler

- **Positive psykotiske symptomer** hang sammen med reduksjon av depresjon mellom alle testtidspunktene
- De **antipsykotika-naive** hadde ikke større reduksjon i depressive symptomer
- **Kjønn** hang ikke sammen med endring i depresjon

Implikasjoner:

Guidelines

- Generelt størst fokus på biologisk behandling (medisiner m.m.)
- Lite fokus på psykososiale tiltak, miljøterapi og psykologisk behandling

Kognitiv atferdsterapi?



antipsykotika mot depresjon, virker det ved primære psykoselidelser.. Hva med antidepressiva?

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/treatment-of-depression-in-schizophrenia-systematic-review-and-metaanalysis/61D484C1E862EF48229D85CA5834BB0D>

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31135-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31135-3/fulltext)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK75335/>

<https://www.nature.com/articles/4002136>

Hva bør man fokusere på? (selv om evidens er begrenset):

- God psykosebehandling
- Forebygge/behandle rusproblemer
- Jobbe med innsikt slik at en unngår håpløshet og demoralisering
- Kognitiv terapi?
- Allianse

Hva bør man fokusere på? (men studien ikke gir noen svar på..)

- Jobb
- Fysisk aktivitet og annen aktivisering
- Unngår isolasjon/apati
- Tidlig intervensjon?
- FACT?
- Familiebehandling?
- Social skills training?
- ECT?

Acknowledgements

Erik Johnsen

Rolf Gjestad

Igne Sinkeviciute

Rune A. Kroken

Else-Marie Løberg

Farivar Fathian

Jill Bjarke

Lena Stabell

Anne Synnøve Thomassen

Linn Marie Elise Aaberg

Renata Alisauskiene

Ole Bernt Fasmer

Jan Øystein Berle

Hugo Jørgensen

And the rest of the staff at the
Research department, Haukeland

And collaborators in Stavanger,
Trondheim, Oslo and Innsbruck



best

intro

