

2-års oppfølging av psykose med debut i ungdomsalderen sammenlignet med psykose med debut i voksen alder

Hans Langeveld, postdok. stip.
Nettverk for klinisk
psykoseforskning Helse-vest

Prosjektgruppe

**Hans Langeveld^{1,10)}, Inge Joa ¹⁾,
Jan Olav Johannesen¹⁾, Tor Ketil Larsen^{1,8)},
Ingrid Melle³⁾, Erik Simonsen, MD⁶⁾; Per Vaglum, MD ⁷⁾; Svein
Friis^{3,4)}, Stein Opjordsmoen, MD ^{2,3)} Thomas McGlashan⁹⁾**

1. Regional centre for clinical research in psychosis, Health west, Stavanger University Hospital;
2. Ullevaal University Hospital, Oslo, Norway
3. Department of Psychiatry, University of Oslo, Norway
4. Department of Psychology, University of Oslo, Norway
5. Asker and Bærum Hospital, Oslo, Norway
6. Psychiatric Research Unit and University of Copenhagen, Zealand Region Psychiatry Roskilde, Denmark
7. Department of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo, Norway
8. Department of Clinical Medicine, Section Psychiatry, University of Bergen, Norway
9. Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Conn. USA
10. Faculty of Psychology, University of Bergen, Norway

Bakgrunn

- Debut schizofreni: 23% kvinner og 40% av menn før fylte 19 år.
- Mulige forskjeller i symptom presentasjoner og forløp mellom første episode psykose (FEP) med debut hos ungdom og FEP med debut hos voksne
- -> Kan ha viktige kliniske implikasjoner i utviklingen av adekvate tjenester til ungdom.
- Viktig med mer kunnskap om dette.

Tidligere studier:

**White (2006), Ballageer (2005), Schimmelmann (2007) :
Teenage onset (TO) psykose: lengre Varighet Ubehandlet Psykose (VUP)**

Werry (1992) TO: moderate to severe outcome

Yang (1995) TO: mer negative symptomer

Hafner (1995) TO: mer negative sosialt forløp

**McGlashan & Hofman (2000): desto tidligere debut, desto større ødeleggelser
neural netverk: hypotese om dårligere forløp hos TO pasienter FEP**

Derimot:

**Pencer (2005), White (2006) Schimmelmann (2007) : TO psykose= ingen
forskjeller i symptomenes alvorlighetsgrad eller type av schizofreni
diagnose**

Viktig med mer forløpsforskning TO versus AO

Mål

- Å undersøke forskjeller i TO versus Adult Onset (AO) psykose :
- Forløp
- Behandling
- Bruk av narkotika og alkohol

Definisjoner

- TO psykose: Teenage onset psychosis: debut psykose ved 17 år eller yngre
- AO: Adult onset psykose: debut psykose ved 18 år eller senere
- FEP: Første episode psykose
- VUP: Varighet ubehandlet psykose

Metode 1

- 43 TO FEP pasienter sammenlignet med 186 AO FEP pasienter fra sørvest Norge
- Evaluert ved baseline, etter 3 måneder, 1 år
- Ingen signifikante forskjeller i drop-outs, mindre enn 16% drop-outs

METODE 2

- følger TIPS utrednings protokoll
- (baseline, 1 og 2 år follow-up)
- Structured Clin Interview DSM-IV (SCID),
- Positive and Negative sympt. scale (PANSS),
- Global Assessment of Functioning (GAF)
- Kort intervju om suicidale tanker, planer og atferd ved baseline

DELTAGERE

	Teenage onset	Adult onset	Sign
N	43	186	
Gj. sn. alder start psykose	15.6 (SD: 1.6)	26,4 (SD: 8,5)	<0.001
Gj. sn. alder ved inklusjon (SD) / range	17.1(2.3) /15-24	26.4 (8.5) / 18-62	<.001
Kjønn (% kvinner)	37 %	49 %	0.17
VUP median / gj.sn. (SD) uker	16/ 77 (135)	6/ 33.2 (67.5)	0.033
Suicidal atferd (plans / attempts) antall livstid	11 (26 %)	22 (12 %)	0.02

Symptoms for teenage onset (N=43) vs. adult-onset (N=186) psychosis at BASELINE

Symptoms at start of treatment, mean (SD) score	EO	AO	p- value
GAF symptoms	32.7 (6.1)	29.7 (6.8)	0.008
PANSS positive component	14.6 (3.6)	14.9 (4.2)	0.6
PANSS negative component	20.5 (9.4)	19.3 (7.7)	0.6
PANSS excitement component	8.7 (3.1)	8.7 (3.9)	0.96
PANSS depressive component	12.6 (3.7)	11.1 (3.6)	0.012
PANSS cognitive component	5.3 (2.9)	6.8 (3.3)	0.006

PANSS Items

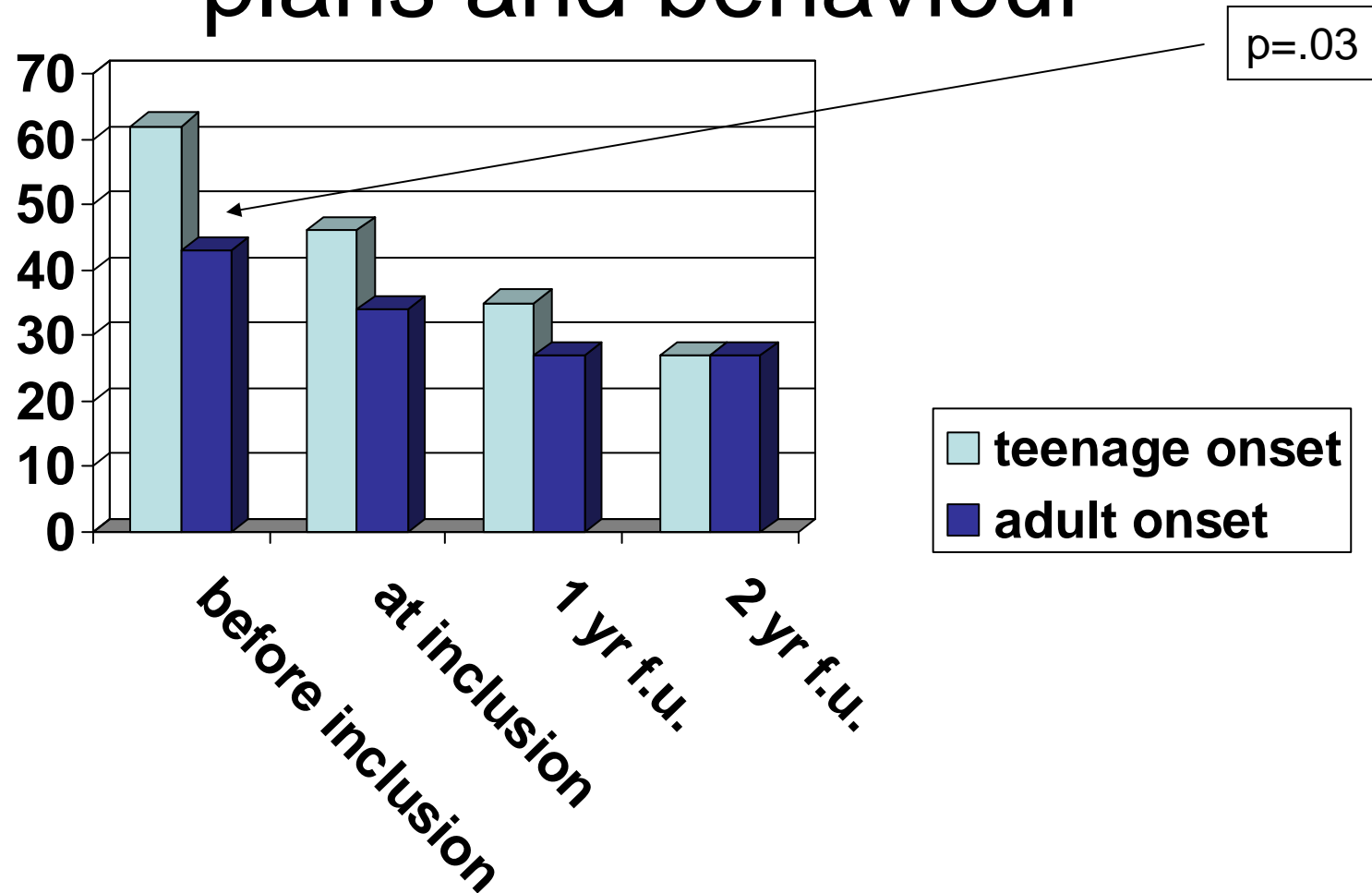
PANSS depresjon	PANSS kognitiv
<ul style="list-style-type: none">• <i>G1 bekymring somatisk sykdom</i>• <i>G2 angst,</i>• <i>G3 skyldfølelse,</i>• <i>G6 depression;</i>• <i>G15 distraksjon</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>P2 Tankemessig disorganisering,</i>• <i>G5 Problemer abstrakt tenkning</i>• <i>G10 desorientering</i>

Konklusjon baseline

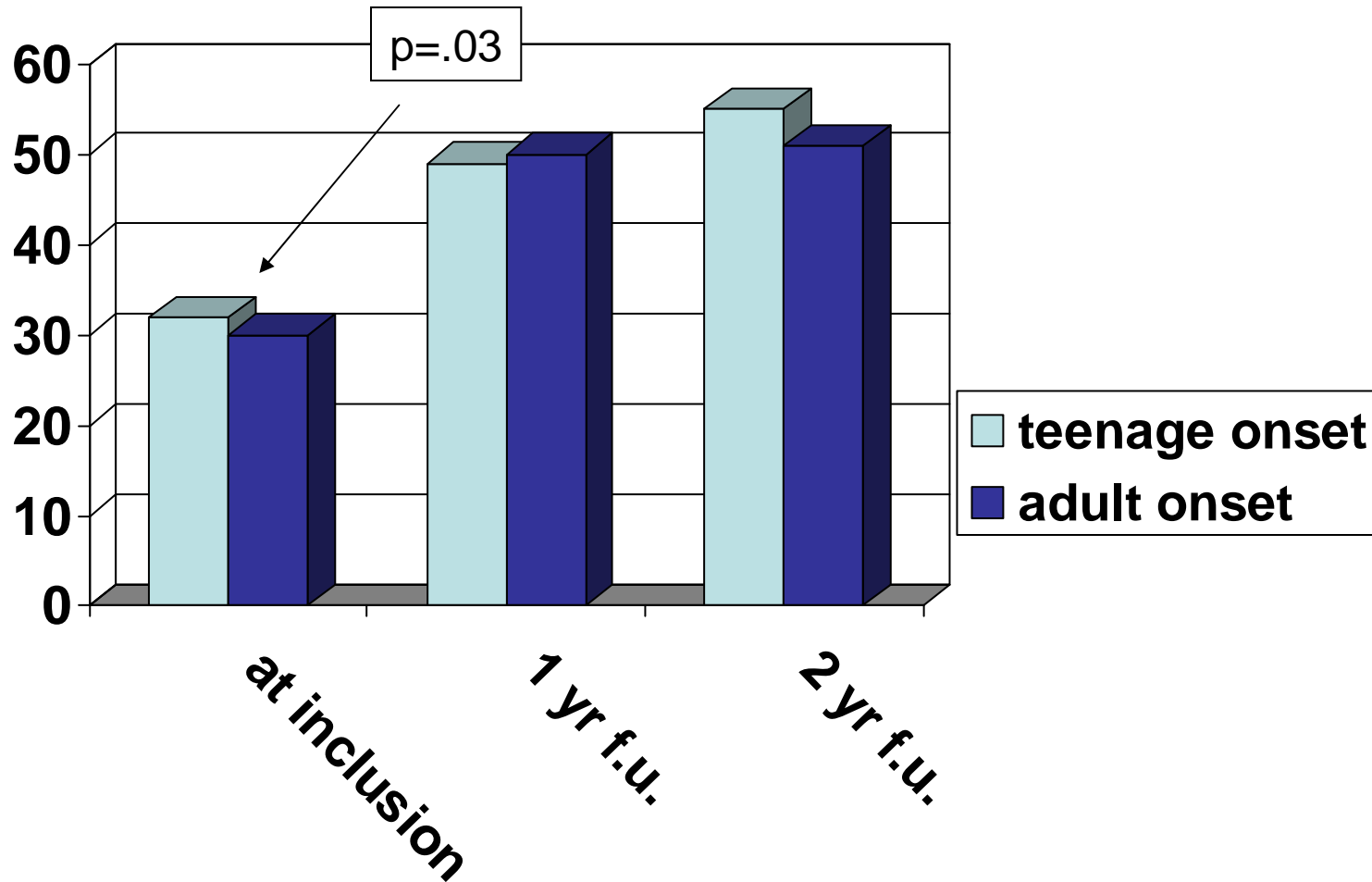
- Tips studien har vist:
 - Tidlig intervensjon kan forkorte DUP
 - Reduksjon i DUP har klinisk nyttige effekter,
- Denne studien:
 - Unge FEP pasienter er i faresonen for lengre forsinkelser med hensyn til oppstart av behandling enn voksne.
 - -> mer målrettet tilnærming mot ungdom nødvendig.

Men hva skjer med disse forskjellene ved follow-up?

% subjects with suicidal thoughts, plans and behaviour



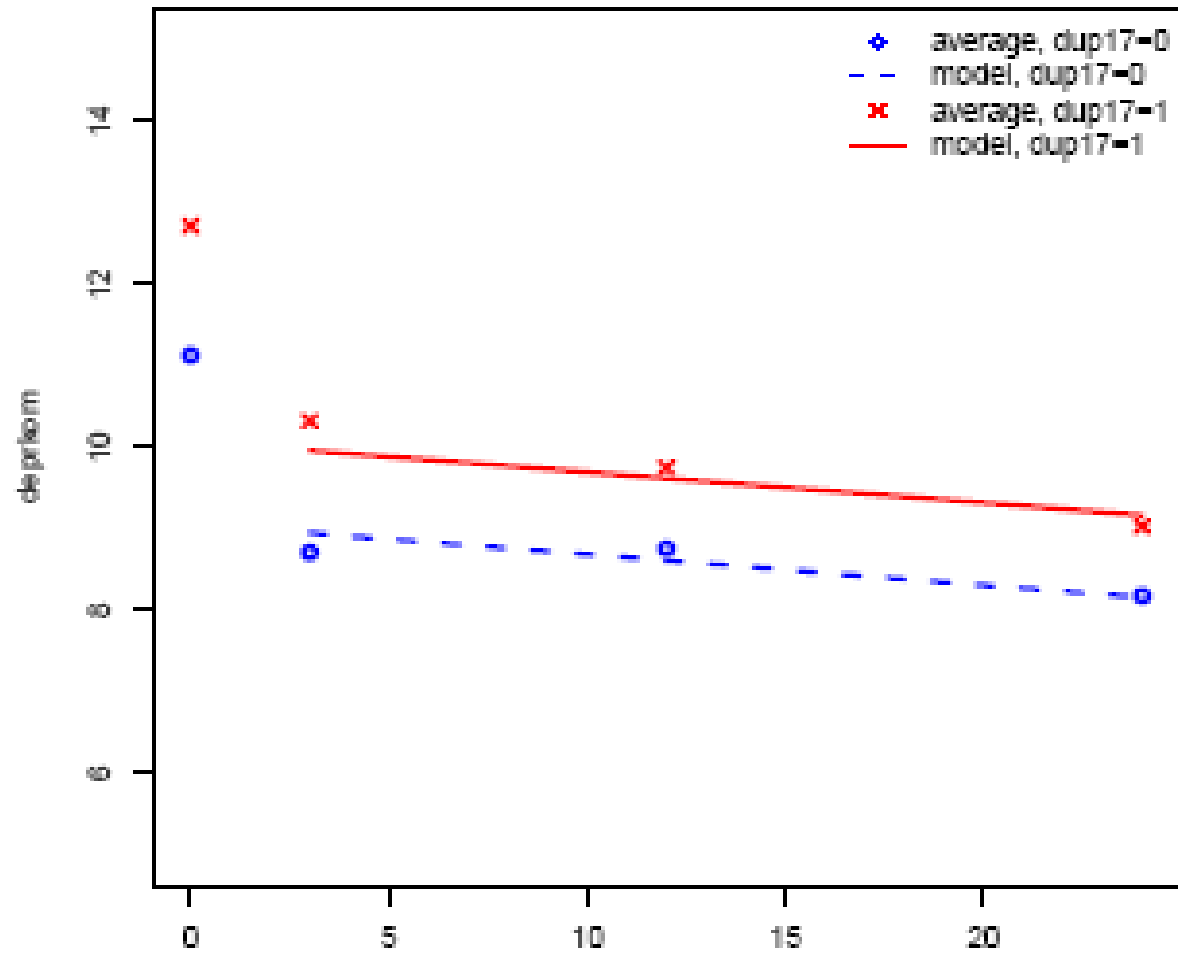
GAF-symptomer gjennom follow-up



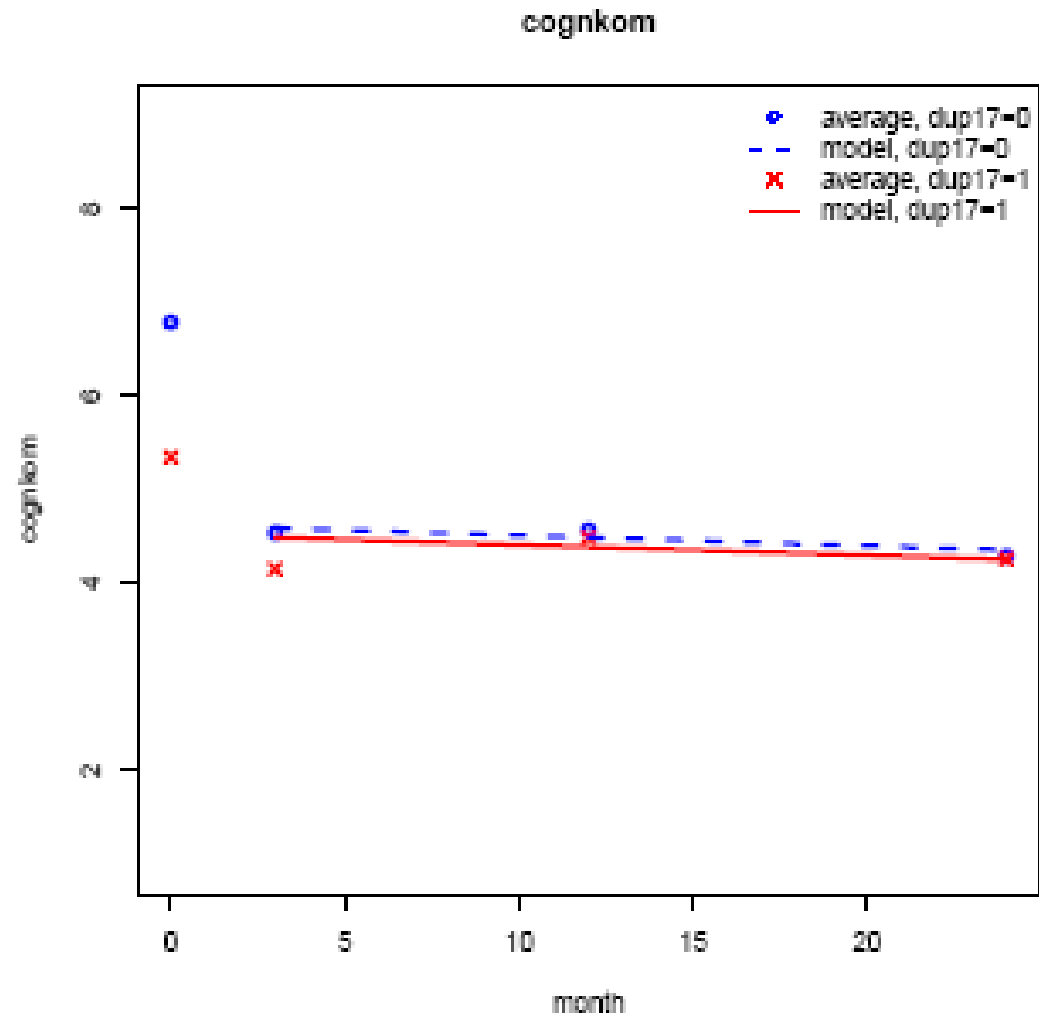
Depressive symptom

PANSS

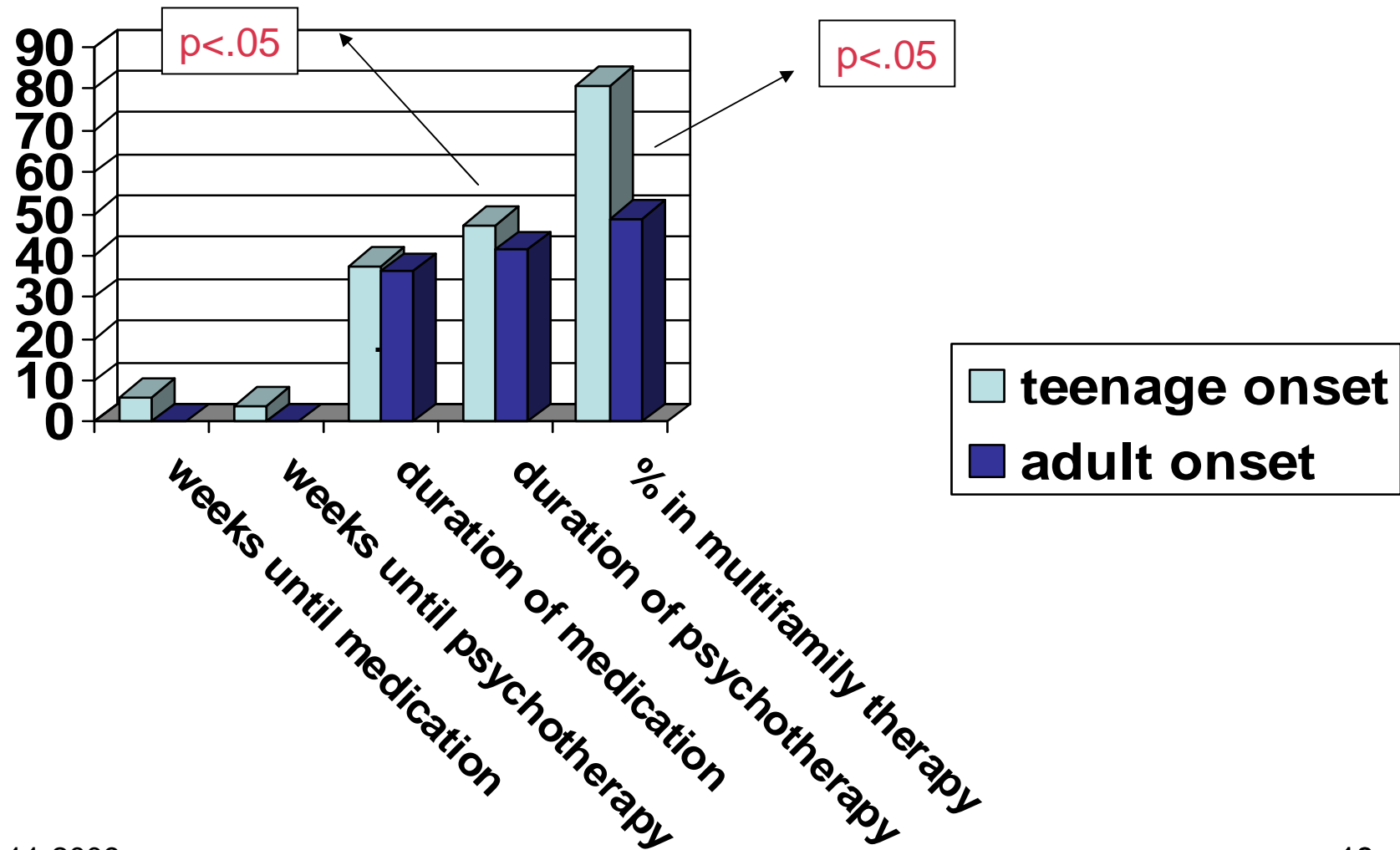
deprkom



Kognitive symptomer (PANSS) (linear mixed effect modelling)



Treatment variables at 1-year f.u



Definisjon

- Remisjon =
score PANSS < 4 panss positive items (1,3,5,6)
≥ 1 week

Tid til første remisjon

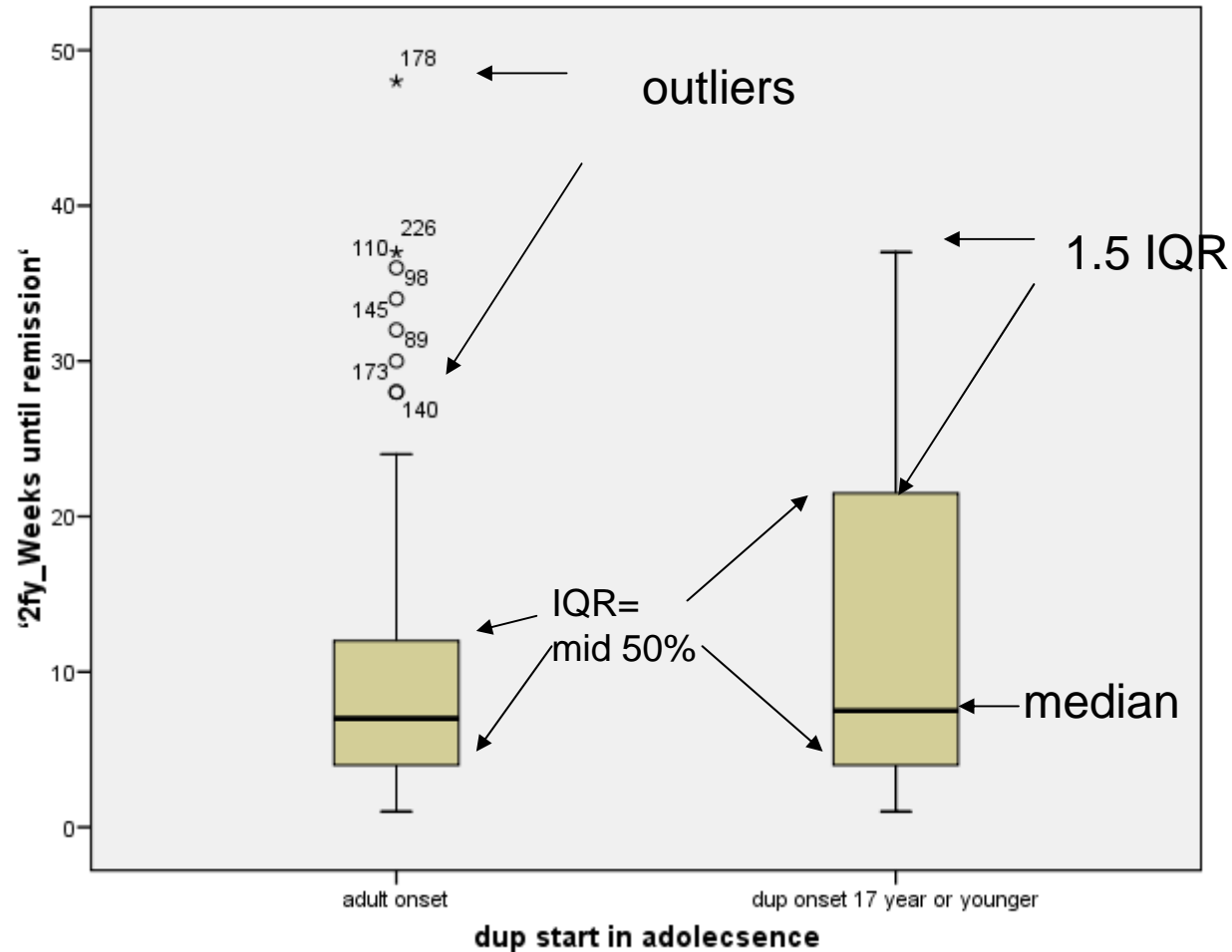
TO onset

7.5 weeks (median)

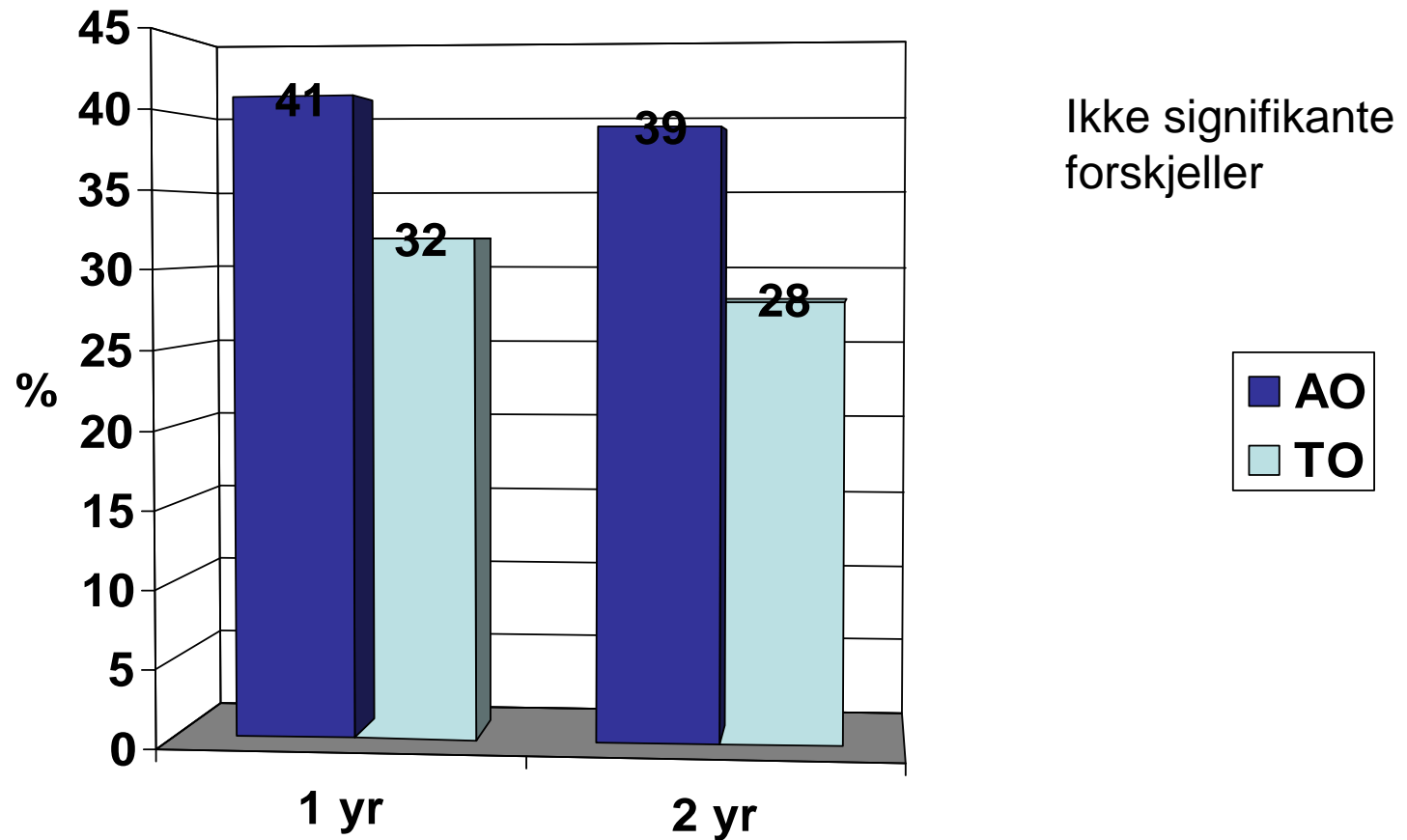
AO onset

7.0 weeks (median)

Tid til første remisjon



Fortsatt psykotisk 1 & 2 år follow-up (%)



Psykose debut ungdom forløp oppsummert:

- TO mer suicidalitet før inklusjon og mer depresjon gjennom hele forløpet
- TO: mindre kognitive funksjoner ved baseline, men AO har en raskere bedring i kognitiv funksjon, slik at ingen forskjeller i kognitiv funksjon fra tre måneder og senere.
- Ingen klare forskjeller i andre forløpsdata inkludert remisjonsdata

Konklusjoner

- TO: Sterkere depressive komponent ved baseline (inkludert suicidalitet) og ved follow-up.
- TO: Bedre kognitiv funksjon ved baseline, men AO bedre behandlingsrespons
- Ingen forskjeller i remisjonsdata
- Mer psykoterapi /familieterapi TO onset first year
- Ingen klare forskjeller i forløp bortsett fra depresjon (sekundær?): Forskjeller mellom TO og AO psykose mer kvantitativ enn kvalitativ.

Implikasjoner

- På tross av lenger DUP, like bra forløp, bortsett fra depressiv faktor
- Ingen holdepunkter for at psykose hos ungdom har et mer alvorlig forløp enn hos voksne
- På grunn av lengre VUP og mer depresjon: nødvendig med et spesifikt ungdomsfokus ved tidlig intervensjon psykose

Studie karakteristikk

Styrke:

- Standardisert behandling
- Regelmessig reliabilitets testing av målingen
- Flere typer forløpsdata

Begrensninger:

- TO utvalg begrenset antall
- Høyere VUP i TO utvalg, men analysene korrigert for dette