

Cognitie na eerste psychose:

Herstellen patiënten beter als weinig cognitieve symptomen zijn gevonden?

Onderzoekspresentatie
29 januari 2015
Marga Veenstra
Master Advanced Nursing Practice
Universitair Centrum Psychiatrie UMCG, afdeling psychosen

Disclosure belangen spreker

- Geen (potentiële) belangenverstreming

Doel van de studie

- Onderzoek naar het verband tussen cognitieve symptomen tijdens de eerste psychose en herstel nadien.

Uitvoering

- Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG
- Rob Giel Onderzoekscentrum.
- In samenwerking met
 - Edith Liemburg (RGOc, NIC, RUG),
 - Frank van Es (RGOc, UCP, RUG) en
 - Ellen Visser (RGOc, RUG)

Schizofrenie

- Wanen, hallucinaties, cognitieve stoornissen en negatieve symptomen
- Life-time prevalentie: 1%
- Verschillen in beloop
- Geen aanhoudende teruggang, verbetering is mogelijk (Levine 2010)

Kritieke periode

- Lange termijn prognose beïnvloeden
- Periode van maximaal risico
 - maatschappelijke schade
 - terugval in psychose
 - suïcide
- Stadium ziekte en ontwikkelingsstadium
- Onderzoek naar kenmerken van deze periode kan bijdragen aan optimale behandeling
- Relevant voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten

Bertelsen 2008; Mc Gorry 2010

Cognitie

- Cognitieve symptomen zijn een kernsymptoom van schizofrenie
- Gemiddeld 1 SD onder gemiddeld bij PO (Fioravanti 2005)
- Cognitieve symptomen: problemen bij
 - probleemoplossend vermogen
 - volgehouden aandacht
 - concentratie
 - geheugen

Early Psychosis Outcome Groningen

- Weinig verband met psychotische symptomen
- Niet beïnvloedbaar met antipsychotica
- Is wel van invloed op de mate waarin patiënten in staat zijn functioneel herstel te bereiken (Nuechterlein 2011)
- subgroepen; eerste resultaten EPOG, twee groepen
 - weinig cognitieve symptomen
 - veel cognitieve symptomen
 (van Es, 2012)

Symptomatisch en functioneel herstel

- Symptomatisch: afname kernsymptomen gedurende een half jaar (Andreasen 2006)
- Functioneel: een uniek en persoonlijk proces "waarin mensen in staat zijn te leven, te werken, te leren en volledig in hun gemeenschappen te functioneren" en "een bevredigend en productief leven te lijden" (Bellack 2006)
- Nog geen consensus over hoe dit te meten.
- Model van Wiersma (2010)

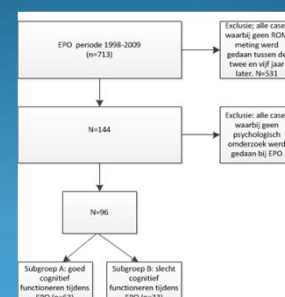
Probleemstelling

- Het is onbekend of deze beide groepen ook van elkaar verschillen in uitkomsten van functioneel herstel en symptomatische herstel in de eerste kritische perioden van 2 tot 5 jaar na de eerste psychose

Design

- EPO en ROM data UCP/RGoC
 - EPO: Eerste Psychose Onderzoek
 - ROM: Routine Outcome Monitoring
- Longitudinaal cohort onderzoek
- Secundaire data-analyse

Steekproef



Variabelen en meetinstrumenten

Onafhankelijke variabele: cognitief profiel; analyse binnen EPOG.

Primaire uitkomstmaten:

- symptomatische remissie
- functionele remissie

Gemeten met:

- PANSS-R
- GAF

Binnen en tussen subgroepen

- SPSS versie 18
- Primaire uitkomstmaten werden berekend door het gemiddelde beloop **binnen** de groepen op PANNS en GAF met te berekenen.
- Vervolgens werd gekeken naar de verschillen hierin **tussen** beide groepen om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden

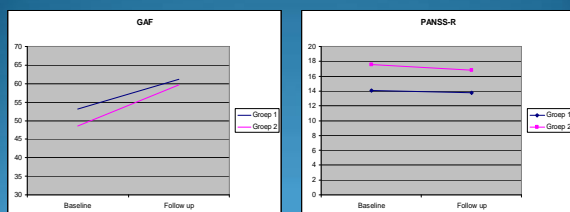
resultaten (3), subanalyses verschillen at baseline tussen de groepen

	Totaal (n=96)	Groep A (n=63)	Groep B (n=33)	Vershil tussen de groepen
Leeftijd, gem. (sd)	29.0(9.3)	29.1(7.9)	28.8(11.3)	t(87)=-.46 p=.69
Geslacht N(%) man, vrouw	m: 64(66.7%) v: 31(33.3%)	m: 46(73%) v: 17(27%)	m: 18(54.5%) v: 15(45.5%)	$\chi^2=2.5$ df=1 $(p=.29)$ phi=.08
Opleidingsniveau hoogst behaald, universiteit	23 (24.0%)	21(33.3%)	2(6.0%)	$\chi^2=7.4$ df=1 p=.006 phi=.03
Drop out bij hoogste niveau	59 (61.4%)	31(50%)	25(75%)	$\chi^2=3.4$ df=1 p=.06 phi=.021
DSM-diagnose schizofreniforme stoornis of schizofrenie	68 (70.8)	42(66.7)	26(78.8)	$\chi^2=1.0$ df=1 p=.30 phi=.012
PANSS-totaal	53.2(14.3) n=85	50.2(12.7) n=55	58.7(15.7) n=30	$U=552$ Z=2.5 p=.012
PANSS-positief	n:7(4.2) n=93	n:3(4.0) n=63	n:2(6.0) n=33	t(91)=1.14 p=.25
PANSS-negatief	13.5(4.4) n=90	12.0(4.4) n=59	16.2(5.0) n=31	t(88)=3.8 p<.000 r=0.27
PANSS-algemeen	27.27(7.07) n=85	25.60(5.7) n=55	30.16(8.37)n=30	t(83)=2.9 p=.005 r=0.30
cannabagebruik	ja:22(22.9%) nee:74(77.1%)	ja:12(19%) nee:51(81%)	ja:14 (42.2%) nee:23(69.7%)	$\chi^2=0.8$ df=1 p=.32 phi=.012

Resultaten

	Groep A			Groep B			Vershil tussen A en B		
	n	Gem. (SD)	p/t/z	n	Gem. (SD)	p/t(df)/z	p	t(df)/z	U
Baseline									
GAF	64	53.1(13.0)		31	48.5(12.8)		0.11	t:62(90)	
PANSS	64	14.1(5.0)		32	17.6(6.48)		0.02	Z:-1.23	U:665
Follow-up									
GAF	55	58.4(13.4)		26	57.0(16.7)		0.67	t:42(79)	
PANSS	56	13.8(5.2)		30	16.8(7.9)		0.12	Z:-1.52	U:634
Gem. herstelt									
GAF	53	4.8(5.7)	P=0.03 t:2.25	24	8.9(13.8)	P<.0004 t(23)=-3.1 R=0.29	0.27	t:-1.10	
PANSS	49	0.38(4.0)	P=0.85 Z=0.8	29	0.72(8.31)	p=0.797 Z=0.31	0.98	Z:0.02	U:708

beloopscures



verklaring

- Patiënten met relatief weinig cognitieve symptomen tijdens de eerste psychose herstellen niet beter
- Mogelijk vanwege:
 - slechte uitgangspostie maakt meer ontwikkeling mogelijk.
 - meer aandacht voor cognitief slechte groep> hogere zorgconsumptie> meer herstel

discussie

- Beperkingen:
 - PANSS-R kijkt alleen naar kernsymptomen
 - selectiebias door inclusiecriteria
- Herstel
 - weinig herstel in de hele groep
 - te korte follow-up periode?
- IsoS
- Milev

Conclusies en aanbevelingen (1)

- Weinig cognitieve symptomen leiden niet tot een beter beloop
- Bij een lage mate van cognitieve problemen is de ernst van de symptomen tijdens de eerste psychose wel minder groot
- Deze groep maakt een minder snelle herstelcurve door, maar blijft het beter doen
- Aandacht voor functioneel herstel voor de hele groep eerste psychose patiënten
- Taak voor verpleegkundig specialist om hierin de brug tussen cure en care te slaan.

Conclusies en aanbevelingen (2)

EPO en ROM beter op elkaar aan laten sluiten door:

- Volledige PANSS afnemen bij ROM
- Gecombineerde GAF-score bij EPO
- Hoogst afgeronde opleiding bij beide onderzoeken vaststellen
- Op alle symptoomdimensies scoren
- In beide onderzoeken onvervulde zorgbehoeften vaststellen, bv via CANSAS

Toekomstig onderzoek

- Retrospectief beoeponderzoek: patiënten volgen op klinisch en functioneel herstel en achteraf kijken wat de overeenkomsten at baseline waren bij de groep die goed is hersteld.
- De relatie tussen onvervulde zorgbehoeften, ernst van symptomen en outcome vaststellen.
- De invloed van mate van functioneel herstel op ernst van symptomen.

Bedankt voor jullie belangstelling!

- Vragen??