

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V06230365

# Vurdering af funktionsevne ved affektive lidelser

Kimie Stefanie Ormstrup Sletved<sup>1, 2</sup>, Rasmus Moeskjær Schwarz<sup>1, 3</sup>, Lars Vedel Kessing<sup>2, 3</sup> & Maj Vinberg<sup>1, 3</sup>

1) EMPIRI – The Early Multi modular Prevention and Intervention Research Institution, Psykiatrisk Center Nordsjælland, 2) CADIC – Copenhagen Affective Disorder Research Centre, Psykiatrisk Center København, 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2023;185:V06230365

### HOVEDBUDSKABER

- Funktionsevnen er ofte nedsat ved affektive lidelser, også i perioder med remission.
- Klinisk anbefales validerede kliniske rating-skalaer til at vurdere funktionsevnen før, under og efter behandling.
- Funktionsevne kan i højere grad inkluderes som effektmål i forskning i affektive lidelser.

Begrebet affektive lidelser dækker over bipolar affektiv sindslidelse og unipolar depression. Affektive lidelser er karakteriseret ved episoder med ændringer i stemningslejet enten i forsænket, dvs. depressiv, eller løftet, dvs. manisk, retning [1]. Sværhedsgraden af en affektiv episode fastsættes ud fra definerede affektive symptomer listet i ICD-10, men beror derudover på en vurdering af funktionsevnenedsættelsen, hvilket ikke er defineret yderligere i ICD-10 [1]. Vurdering af funktionsevnen kan i klinisk sammenhæng være vanskelig, idet påvirkning af patientens hverdag og aktivitetsniveau ikke beskrives ud fra de diagnostiske kriterier i ICD-10 [2].

Formålet med denne artikel er 1) at beskrive, hvorledes funktionsevnen kan være påvirket, og 2) præsentere de kliniske validerede redskaber til vurdering af funktionsevnen ved affektive lidelser.

### EPIDEMIOLOGI

Prævalensen af bipolar lidelse er ca. 1% og for unipolar depression, enkeltstående og tilbagevendende, ca. 3-6% [3]. Mange patienter kan efter første affektive episode vende tilbage til en hverdag uden betydende symptomer eller funktionsevnenedsættelse. Efter første depression vil ca. 50% imidlertid udvikle en ny depression og knap 10% bipolar lidelse [4], og efter første mani vil op til 90% udvikle en ny affektiv episode [5]. Funktionsevnen vil således ofte være påvirket i perioder, og gentagne affektive episoder øger risikoen for langvarig påvirkning af funktionsevnen og dertil hørende fald i socioøkonomisk status [6].

Affektive lidelser er forbundet med nedsat livskvalitet, øget forekomst af somatiske sygdomme og 8-12 års nedsat forventet levetid, sammenlignet med baggrundsbefolkningen [7-9]. Sygdomsbyrden er høj, både for den enkelte patient og også samfundsmæssigt. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2022 over sygdomsbyrden i Danmark viste, at depression alene er lige så hyppig årsag til langvarigt sygefravær som lænderygsmerter

samt årsag til 35% af alle nytilkendte førtidspensioner og 6.700 ekstra dødsfald årligt [10].

## FUNKTIONSEVNE VED AFFEKTIV LIDELSE

Til trods for fluktuerende og episodevis påvirkning af funktionsevnen viser studier af både unipolar depression og bipolar lidelse, at patienterne også ofte har en generelt nedsat funktionsevne. Ved unipolar depression har den nedsatte funktionsevne vist sig associeret med niveauet af kognitive deficit, hvilket kan være af ganske betydende omfang for en større andel af patienterne både under og efter en endt depression [11]. Ligeledes fandt vi i et studie af 388 patienter med nydiagnosticeret bipolar lidelse, at halvdelen af patienterne havde nedsat funktionsevne i remitteret fase [12]. Trods fuld remission, defineret som < 8 på Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) [13] og Young Mania Rating Scale (YMRS) [14], og dermed altså lav grad af affektive symptomer, havde halvdelen af patienterne stadig vanskeligheder med at fungere i hverdagen.

### Vurdering af funktionsevne

Det er essentielt med et fælles sprog, som kan anvendes til vurdering af tab af funktionsevne ved psykiske såvel som fysiske lidelser. World Health Organization (WHO) har i 2001 udarbejdet og publiceret »International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)« som en model til vurdering af funktionsevne [15].

ICF-modellen er et redskab, der kan bruges til beskrivelse af funktionsevnen med udgangspunkt i en bio-psyko-social model, hvor funktionsevnen ses som et dynamisk samspil mellem helbredstilstanden og de kontekstuelle faktorer. Modellen beskriver, hvordan de forskellige områder gensidigt og vedvarende påvirker hinanden. Dermed integreres en biomedicinsk og social tilgang til patientens samlede situation og hverdag.

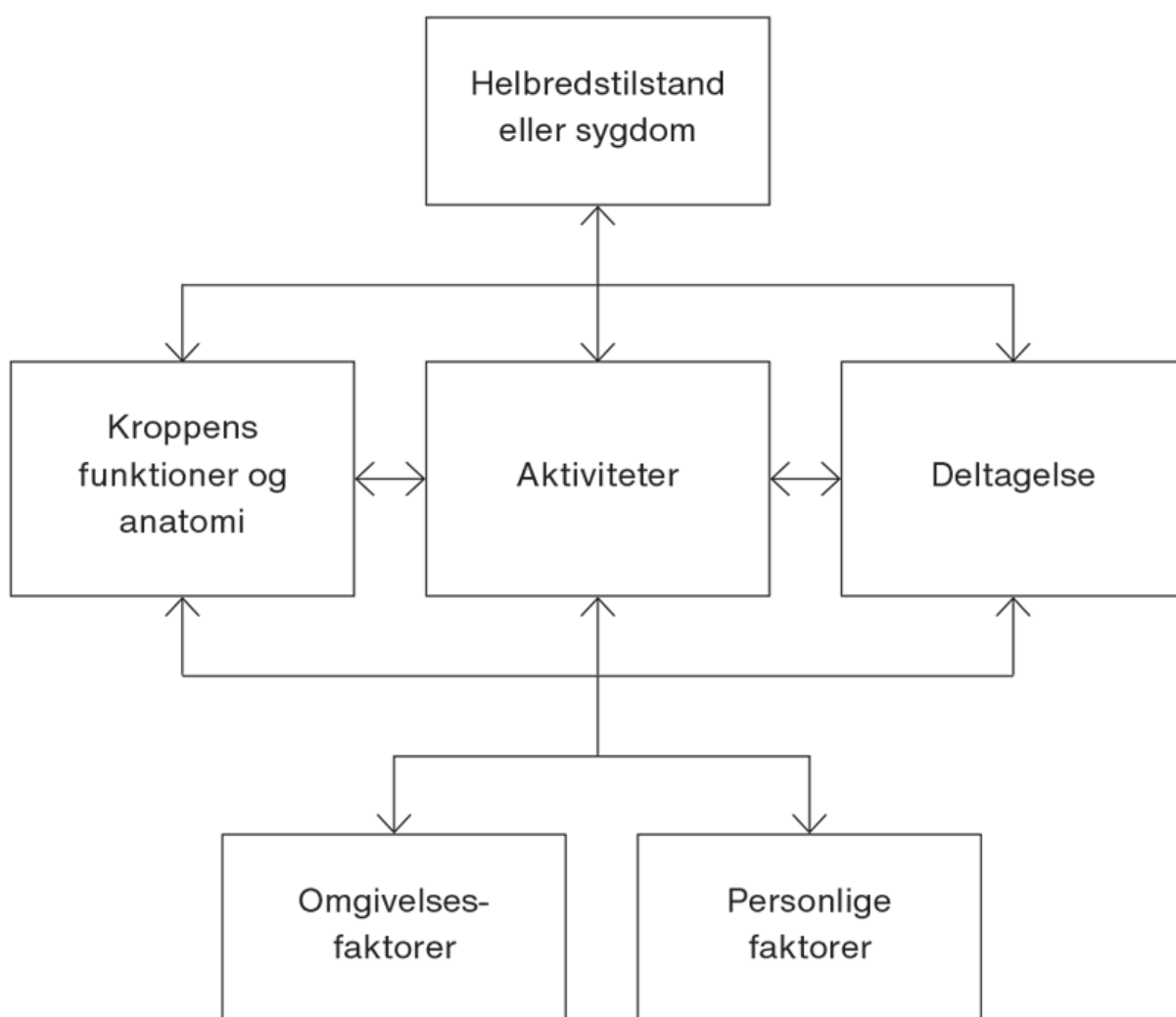
Modellen anvendes til at beskrive og vurdere funktionsevnen ved somatisk såvel som psykiatrisk sygdom og fokuserer bredt på funktionsevnen, herunder menneskets evne til at klare hverdagen og indgå i fællesskaber med andre og i samfundet i almindelighed.

ICF-modellen kan anvendes som referenceramme og udgangspunkt for en rehabiliteringsplan, idet den i Danmark anvendes på både social- og sundhedsområdet og derudover anvendes internationalt både klinisk og inden for forskning på området.

Funktionsevnebeskrivelse ud fra ICF-modellen giver mulighed for et fælles sprog på tværs af fag og sektorer og dermed mulighed for bedre kommunikation i det tværsektorielle samarbejde.

I forhold til forskning, behandling, rehabilitering og behov for opfølgning ved forskellige aktører er det væsentligt, at terminologien og opbygningen er standardiseret og ensartet på tværs af fagligheder, sektorer og landegrænser. ICF består af to komponenter. Første komponent er kroppens funktioner og anatomi samt aktivitet og deltagelse. Anden komponent består af kontekstuelle faktorer og opdeles i omgivelsesfaktorer samt personlige faktorer. Den samlede funktionsevne er altså afhængig af individets hverdag, f.eks. i fysiske rammer, boligsituation og sociale relationer, altså omgivelsesfaktorer, samt også afhængig af individets personlighed, livsstil og mestringsevne som eksempler på de personlige faktorer (se **Figur 1**).

**FIGUR 1** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). ICF er WHO's arbejdsredskab for evaluering af helbred og sygdom både på individ- og samfundsniveau [15]. Modellen er godkendt af alle 191 medlemslande i WHO den 22. maj 2001 som international standard for beskrivelse af helbred og sygdom [15].



Ved den lægelige behandling af affektive lidelser anmoder kommuner, jobcentre, forsikringselskaber og Statens Uddannelsesstyrelse ofte om attester og udtalelser samt konkrete vurderinger af patientens funktionsevne og forventede forløb. Det kan f.eks. være praktiserende læge, der anmodes om statusattest til brug i sygedagpengesag, eller kommunen, der anmoder om speciallægeerklæring og lægelig vurdering af behandlingsmuligheder og prognose. Disse vurderinger kan tilgås på systematisk vis ved brug af ICF-modellen og herved bidrage til vurdering af, hvilke udfordringer og problemer patienten har i sin hverdag, hvilke rehabiliteringsmål der kan sættes, og hvilke aktører der kan hjælpe ift. indsatser.

## Anvendelige redskaber til funktionsevnevurdering

I Tabel 1 præsenteres de hyppigst anvendte redskaber, hhv. spørgeskemaer og observationsbaserede ratingskalaer til vurdering af funktionsevne ved affektiv lidelse, som er oversat til dansk. Redskaberne spænder bredt ift. grundighed, nuancering og tid for administration. Der er fire spørgeskemaer, »Work and Social Adjustment Scale« (WSAS) [16], »Social Functioning Questionnaire« (SFQ) [17], »Sheehan Disability Scale« (SDS) [18] samt »WHO Disability Assessment Schedule« (WHODAS) [19], hvor patienten selv rater sin funktionsevne. Dernæst findes der fem hyppigt anvendte rating skalaer: »Global Assessment and Functioning Scale« (GAF) [20], »Social and Occupational Functioning« (SOFAS) [21], »Personal and Social Performance« (PSP) [21], »WHO Disability Assessment Schedule« (WHODAS) [22] og »Functioning Assessment Short Test« (FAST) [23].

**TABEL 1** Redskaber til vurdering af funktionsevne ved affektive lidelser.

Redskab	Items, n	Domæner	Ratingskala (samlet score)
<i>Spørgeskemaer</i>			
Work and Social Adjustment Scale	5	Arbejde Hjem Socialt Fritid Relationer	0-8 (40)
Social Functioning Questionnaire	8	Arbejde Hjem Økonomi Relationer Seksuelt Familieliv Emsomhed Fritid	0-3 (24)
Sheehan Disability Scale	-	Arbejde Socialt/fritid Familie/hjem	-
WHO Disability Assessment Schedule	12/36	Kognition Mobilitet Egenomsorg Samvær Aktiviteter i dagligdagen (hjemme- og arbejdsliv) Deltagelse i samfundsliv	-
<i>Ratingskalaer</i>			
Global Assessment and Functioning Scale			0-100 (-)
Social and Occupational Functioning			0-100 (-)
Personal and Social Performance			0-100 (-)
WHO Disability Assessment Schedule	12/36	Kognition Mobilitet Egenomsorg Samvær Aktiviteter i dagligdagen (hjemme- og arbejdsliv) Deltagelse i samfundsliv	-
Functioning Assessment Short Test	24	Autonomi Erhvervsmæssig funktion Kognition Økonomi Relationer Fritid	-
<i>Observationsbaserede undersøgelser</i>			
Assessment of Motor and Process Skill	16 motoriske og 20 processuelle færdigheder	2 individuelt udvalgte hverdagsaktiviteter	-
USCD Performance-based Skills Assessment	5	Husholdning Kommunikation Økonomi Transport Planlægning/fritid	-

UCSD = University of California, San Diego.

Endelig er der to kliniske observationsbaserede instrumenter, den ergoterapeutisk udviklede »Assessment of Motor and Process Skills« (AMPS) [24] og »USCD Performance-based Skills Assessment« (UPSA) [25], hvor patienternes funktionsevne observeres og rates baseret på udførelse af konkrete opgaver i specifikke hverdagsituationer.

I Tabel 2 præsenteres den kliniske ratingskala »Functioning Assessment Short Test« (FAST), som er baseret på netop WHO's ICF-model. Ved anvendelse af FAST rates funktionsevnen inden for seks domæner: autonomi, erhvervsmæssig funktion, kognitiv funktion, funktion ift. finansielle og interpersonelle forhold

samt fritid. Det semistrukturerede kliniske interview evaluerer patientens aktuelle funktionsevne i hverdagen i løbet de seneste 15 dage. FAST er simpel at anvende og har en administrationstid på ca. 20-30 minutter [26]. Ratingskalaen er udviklet og valideret til brug hos patienter med bipolar lidelse over 18 år [23] og siden også til brug ved unipolar lidelse [27], og der er lavet enkelte undersøgelser ved skizofreni [28]. FAST-interviewet er klinisk anvendeligt og bidrager til, at man får information om den enkelte patients daglige liv, og om der f.eks. er væsentlige sociale stressorer, en ensomhedsproblematik eller økonomiske problemer. FAST er desuden sensitiv for detektion af intrapersonelle variationer over tid, hvilket kvalificerer den til brug af monitorering af behandlingsrespons hos den enkelte patient [23]. Yderligere er FAST for nylig udviklet som spørgeskema, og anvendeligheden synes gunstig, spørgeskemaet er dog endnu ikke oversat til dansk.

**TABEL 2** Functioning Assessment Short Test.  
I hvilket omfang oplever patienten vanskeligheder mht. følgende aspekter? Spørg patienten om områderne af funktionsvanskeligheder, og scor efter følgende skala.

Item	Skala <sup>a</sup>			
<i>Autonomi</i>	0	1	2	3
Tage ansvar for husholdning	0	1	2	3
Bo alene	0	1	2	3
Klare indkøb	0	1	2	3
Tage sig af sig selv mht. fysiske aspekter, dvs. hygiejne	0	1	2	3
<i>Erhvervsmæssig funktion</i>	0	1	2	3
Fastholde et lønnet arbejde	0	1	2	3
Fuldføre opgaver så hurtigt som nødvendigt	0	1	2	3
Arbejde inden for et område, du er uddannet i	0	1	2	3
Erhvervsmæssig indtjening	0	1	2	3
Overkomme den forventede arbejdsbyrde	0	1	2	3
<i>Kognitive funktioner</i>	0	1	2	3
Evne til at koncentrere sig om en bog eller film	0	1	2	3
Evne til at lave mentale beregninger	0	1	2	3
Evne til at løse et problem tilstrækkeligt	0	1	2	3
Evne til at huske nyligt lærte navne	0	1	2	3
Evne til at indlære nye informationer	0	1	2	3
<i>Finansielle spørgsmål</i>	0	1	2	3
Håndtere dine egne penge	0	1	2	3
Bruge penge på en afbalanceret måde	0	1	2	3
<i>Interpersonelle relationer</i>	0	1	2	3
Opretholde et venskab eller venskaber	0	1	2	3
Deltage i sociale aktiviteter	0	1	2	3
At have gode relationer med folk nær dig	0	1	2	3
At bo sammen med din familie	0	1	2	3
At have tilfredsstillende seksuelle forhold	0	1	2	3
Er i stand til at forsvare egne interesser	0	1	2	3
<i>Fritid</i>	0	1	2	3
Motionerer eller deltager i sport	0	1	2	3
Har hobbyer eller personlige interesser	0	1	2	3

a) 0 = ingen, 1 = lette, 2 = moderate, 3 = alvorlige. Totalscore, funktionsnedsættelse: 0-11 = ingen; 12-20 = lettere; 21-40 = moderat; > 40 = svær.

## Klinisk brug af funktionsevнемål

Inddragelse af ratingskalaer til vurdering af funktionsevne som led i behandling og monitorering af patienter med affektive lidelser kan bidrage til at nuancere, hvilke aspekter af patientens hverdag der er påvirket, og dermed guide behandleren ift. valg af specifikke indsatser i behandlingen. Samtidig er en samlet vurdering af funktionsevnen vha. de præsenterede spørgeskemaer og interview brugbare klinisk, herunder til at afdække eventuel manglende overensstemmelse mellem sværhedsgraden af affektive symptomer og funktionsevne. Det kan være patienter i remission, som stadig har vanskeligt ved at komme tilbage til arbejde efter

sygemelding grundet vedvarende kognitive, sociale eller interpersonelle problemer.

## FUNKTIONSEVNE SOM BEHANDLINGSMÅL

Behandling af affektive lidelse har til formål at reducere (eller optimalt set fjerne) depressive og/eller maniske symptomer. Der vil alt afhængig af patient, situation og sværhedsgrad oftest anvendes psykofarmaka, psykoterapi og ofte en kombination af disse.

Psykiatrisk behandling inkluderer vurdering og monitorering af affektive symptomer ved brug af spørgeskemaer og kliniske ratingskalaer. Sværhedsgraden af affektive symptomer indgår ofte som primært effektmål i forskning, med f.eks. HDRS [13] eller YMRS [14]. En halvering af HDRS-score er et ofte anvendt mål for vurdering af respons af antidepressivt lægemiddel [29]. Ligeledes har studier også inddraget risiko for tilbagefald, risiko for genindlæggelse eller risiko for selvmord som mål for effekt. Imidlertid er det ikke gængs praksis at undersøge funktionsevnen systematisk i hverken klinik eller forskning. Forskningsmæssigt er der god evidens for nuværende behandlingsinterventioners effekt på affektive symptomer, men vi mangler evidensbaseret viden om interventioner, der er målrettet en samlet bedring af funktionsevnen. Det anbefales derfor, at funktionsevnen inddrages systematisk som primært effektmål i interventionsstudier inden for affektiv lidelse. På denne måde vil effekten af en behandling evalueres ikke blot iht. en eventuel reduktion i affektive symptomer, men også baseret på, hvorvidt behandlingen bedrer funktionsevnen i dagligdagen. I den kliniske dagligdag vil en funktionsevnevurdering ofte være et samlet klinisk skøn fremfor en systematisk evaluering vha. ratingskaler [26], hvilket indebærer en risiko for at overse væsentlige faktorer, som påvirker patientens samlede helbred og rehabilitering. Det anbefales at anvende ratingskalaer systematisk til evaluering af funktionsevne i klinisk praksis, f.eks. FAST-ratingskalaen. Det kan med fordel gøres allerede i den indledende diagnostiske fase samt før, under og efter psykiatrisk behandling. Fokus på funktionsevnebeskrivelse i klinisk praksis kan med fordel prioriteres af hensyn til vurdering af behandlingseffekt samt som led i opfølgning og afklaring af behov for yderligere rehabiliterende tiltag og indsatser.

## KONKLUSION

Depression og bipolar lidelse kan medføre en væsentlig nedsættelse af funktionsevne med deraf nedsat livskvalitet, risiko for nedsat uddannelses- og arbejdsevne samt lavere socioøkonomisk status. Klinisk anbefales et systematisk fokus på patientens samlede funktionsevne f.eks. via evalueringer med ratingskalaer samt forskningsmæssigt at anvende funktionsevnen systematisk som effektmål. Ved systematisk at indtænke og anvende ICF-modellen ved brug af de præsenterede skalaer kan den enkelte patients funktionsevne følges over tid. På den facon er det muligt at målrette behandling og interventionsstrategier på tværs af fysiske og psykiske lidelser, tværfagligt og tværsektorielt.

**Korrespondance** *Kimie Stefanie Ormstrup Sletved*. E-mail: kimie.sletved@regionh.dk

**Antaget** 28. september 2023

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 6. november 2023

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterernes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk



Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V06230365

## SUMMARY

### Assessment of functional ability in affective disorders

Kimie Stefanie Ormstrup Sletved, Rasmus Moeskjær Schwarz, Lars Vedel Kessing & Maj Vinberg

Ugeskr Læger 2023;185:V06230365

This review investigates that up to 50% of patients with affective disorders present with impaired overall functioning, also in remitted phases. Nevertheless, functioning is often overlooked in clinical settings and not incorporated as an essential outcome in research. It is recommended clinically and in research to use the International Classification of Functioning (ICF), e.g. the semi-structured interview Functioning Assessment Short Test (FAST) to ensure a common language and coordination cross-sectionally, interdisciplinarily and across mental and physical diseases.

## REFERENCER

1. World Health Organization. Psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier (ICD-10). Munksgaard, 1994.
2. Ustün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*. 2009;8(2):82-5.
3. Kessing LV. Epidemiology of mood disorders. I: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 2020:67.
4. Bukh JD, Andersen PK, Kessing LV. Rates and predictors of remission, recurrence and conversion to bipolar disorder after the first lifetime episode of depression—a prospective 5-year follow-up study. *Psychol Med*. 2016;46(6):1151-61.
5. Kessing LV, Andersen PK. Evidence for clinical progression of unipolar and bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(1):51-64.
6. Sletved KSO, Zierson SC, Andersen PK et al. Socio-economic functioning in patients with bipolar disorder and their unaffected siblings - results from a nation-wide population-based longitudinal study. *Psychol Med*. 2021;53(3):706-713.
7. Chen M, Fitzgerald HM, Madera JJ, Tohen M. Functional outcome assessment in bipolar disorder: a systematic literature review. *Bipolar Disord*. 2019;21(3):194-214.
8. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;180:142-7.
9. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME et al. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord*. 2016;193:203-7.
10. Sundhedsstyrelsen. Resultater fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022 - sygdomme og risikofaktorer, 2023. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Notat-byrderapport-2023.ashx> (09. jun 2023).
11. Cambridge OR, Knight MJ, Mills N, Baune BT. The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2018;269:157-171.
12. Sletved KSO, Coello K, Stanislaus S et al. Socio-economic status and functioning in patients newly diagnosed with bipolar disorder and their unaffected siblings - Results from a cross-sectional clinical study. *J Affect Disord*. 2022;310:404-411.
13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-35.
15. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (6. okt

- 2023).
16. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry*. 2002;180:461-4.
  17. Tyrer P, Nur U, Crawford M et al. The social functioning questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265-75.
  18. Sheehan KH, Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23(2):70-83.
  19. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, red. WHODAS 2.0 Manual, 2010.  
[https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Redskaber/whodas\\_manual.pdf](https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Redskaber/whodas_manual.pdf) (09. jun 2023).
  20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 2000.
  21. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323-9.
  22. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, red., & World Health Organization. Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), 2010.  
[https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0)) (09. jun 2023).
  23. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3:5.
  24. Fisher AJ, Jones KB. Assessment of motor and process skills. Volume 1: Development, standardization, and administration manual. Three Star Press, 2012.
  25. Patterson TL, Goldman S, McKibbin CL et al. UCSD Performance-Based Skills Assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):235-45.
  26. McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ et al. The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 2022;21(3):364-387.
  27. Knight MJ, Air T, Baune BT. The role of cognitive impairment in psychosocial functioning in remitted depression. *J Affect Disord*. 2018;235:129-134.
  28. Luján-Lujan EM, García-León MA, Rodríguez-Cano E et al. Validity of the Functioning Assessment Short Tests (FAST), in patients with schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2022;15(3):157-166.
  29. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2018;16(4):420-429.