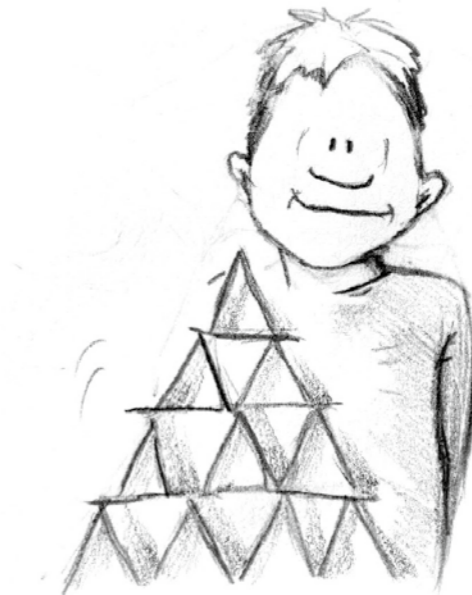


KOGNITION VED BIPOLAR LIDELSE

KOGNITION VED BIPOLAR LIDELSE

- HVAD ER DET?
- HVORDAN PÅVIRKER DET DAGLIGDAGEN?
- HVAD KAN MAN GØRE VED DET?



INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKTION	6	9. MÅDER AT HÅNDBERE KOGNITIVE VANSKELIGHEDER PÅ	35
1. HVAD ER KOGNITION - OG HVORFOR ER DET VIGTIGT?	9	10. KOMMUNIKATION MED PÅRØRENDE OG TÆTTE VENNER OM DE KOGNITIVE PROBLEMER	41
2. HVORDAN PÅVIRKES KOGNITION VED BIPOLAR LIDELSE?	11	11. FINDES DER NOGEN BEHANDLINGER FOR KOGNITIVE VANSKELIGHEDER?	43
3. HVORDAN PÅVIRKER KOGNITIVE PROBLEMER DAGLIGDAGEN?	13	12. RESUMÉ AF NYE FORSKNINGSRISULTATER	44
4. HVAD ER DE GRUNDLÆGGENDE BESTANDDELE I KOGNITION?	19	13. ONLINE RESSOURCER	47
5. HVORDAN PÅVIRKER MEDICINEN DE KOGNITIVE FUNKTIONER?	21	14. ANBEFALET VIDERE LÆSNING	48
6. HVILKE FAKTORER KAN FORVÆRRE DE KOGNITIVE PROBLEMER?	26	15. PERSONER BAG DETTE INFORMATIONSMATERIALE	49
7. KAN MAN SELV VURDERE SINE KOGNITIVE FUNKTIONER?	30	REFERENCER	51
8. HVAD KAN MAN SELV GØRE?	32		

INTRODUKTION

Mange mennesker med bipolar lidelse har besvær med opmærksomheden, hukommelsen, problemløsning og andre tankeprocesser. Dette kaldes "kognitive vanskeligheder". Denne informationsfolder har fokus på kognitive vanskeligheder og deres sammenhæng med symptomer, dagligdags funktioner, medicin og livsstil hos mennesker med bipolar lidelse. Informationsfolderen indeholder også råd om, hvilke skridt man kan tage og tips om, hvordan man kan tackle sine kognitive vanskeligheder i hverdagen.

RESUMÉ

Kognition betyder tænkning og begrebet dækker fx over evnen til at være opmærksom, lære og huske ting, løse problemer og planlægge. Kognition er vigtig i dagligdagen for både arbejde og det sociale liv. Problemer med kognition kan gøre det vanskeligt at arbejde og/eller gennemføre en uddannelse. Nogle mennesker med bipolar lidelse kun har kognitive problemer under de depressive og maniske episoder, mens andre bliver ved med at opleve sådanne problemer i måneder til år efter, deres symptomer er aftaget. Der er imidlertid stor variation i sværhedsgraden af kognitive vanskeligheder hos forskellige mennesker med bipolar lidelse.

Kognitive funktioner eller "kognitive domæner" er inddelt i 1) mentalt tempo (som blandt andet dækker over, hvor hurtigt man bearbejder informationer og omsætter tanker til bevægelser), 2) opmærksomhed,

3) indlæring og hukommelse samt 4) eksekutive funktioner (som dækker over evnen til at planlægge, igangsætte, holde overblik og multitasking). Nogle aspekter af kognitive funktioner bygger oven på andre. Så hvis man har problemer i et "lavere" kognitivt domæne som mentalt tempo vil dette også føre til forringelse af de "højere" domæner som opmærksomhed og hukommelse (jf. den "kognitive pyramide", afsnit 4). Kognitive problemer kan gøre det svært at følge længere samtaler, læse en bog, gå på indkøb, huske aftaler eller tilberede middagsmåltider til familie og venner. Nogle gange forveksles disse problemer i dagligdagen med manglende intelligens eller viljestyrke, fordi man ikke er bevidst om de kognitive problemer, som kan optræde ved bipolar lidelse. Det er derfor vigtigt at få undersøgt sin kognition hos en sundhedsfaglig behandler.

Medicin spiller en vigtig rolle i behandling af depression, mani og blandingsepisoder såvel som i forebyggelse af nye depressive og maniske episoder. Mange oplever en forbedring af deres kognition, når medicinen begynder at virke på de depressive og maniske symptomer. Alligevel kan nogen typer af medicin have kognitive bivirkninger, særligt hvis de tages i højere doser.

Adskillige livsstilsfaktorer kan have en negativ indflydelse på kognition inklusiv misbrugsstoffer, alkohol, søvnforstyrrelser, mangel på fysisk aktivitet, usund kost, hjertesygdom og stress. Misbrugsstoffer såsom ecstasy, kokain og cannabis kan give kognitive problemer på grund af deres giftige virkninger på hjernen. Mangel på søvn og fysisk træning er udbredte problemer hos mennesker med bipolar lidelse og kan have negativ virkning på kognition. Usund kost menes også at spille en rolle. For eksempel er et højt niveau af mættede fedtsyrer i kosten og særligt transfedtsyrer (som findes i fast food, industrielt producerede kager og popcorn) øge skadeligt kolesterol i blodet. Dette har været forbundet med høj BMI (body mass index), hjertekarsygdom og stofskiftesygdomme, herunder sukkersyge, der kan forværre de kognitive funktioner. Derudover kan overforbrug af alkohol give kognitive problemer på grund af alkoholens giftige virkning på hjerneceller.

Langvarig stress forringer også hjernefunktionen og kan føre til dårlig koncentrationsevne og manglende overblik.

Kognitive funktioner kan undersøges på forskellige måder, som ved at man svarer på nogle spørgsmål om kognitive problemer. Imidlertid er der tit også brug for en kognitiv screening. Denne foretages sammen med en sundhedsfaglig behandler og består af nogle korte kognitive opgaver, som man udfører under konsultationen med papir og blyant eller på en computer. Behovet for en sådan screening skyldes, at mange mennesker har vanskeligt ved at vurdere deres kognitive funktioner korrekt.

Ved at lære om de mulige kognitive problemer ved bipolar lidelse kan man lære at genkende og tackle de kognitive symptomer og dermed forbedre sin livskvalitet. Det kan også være gavnligt at opfordre sin behandler til at lave en kognitiv screening.

Der er forskellige måder, man kan håndtere kognitive vanskeligheder på. Tre udbredte måder er at bruge 1) remedieringsteknikker, som indebærer at træne de kognitive evner, 2) kompensatoriske strategier, det vil sige at finde alternative måder at nå sine mål på, og 3) adaptive tilgange, hvormed man forandrer sine omgivelser for at fungere bedre. Det er også vigtigt at tale med sin familie og venner om de kognitive problemer, fordi problemerne er usynlige for andre. At tale med mennesker, man omgås med, om de kognitive udfordringer kan fremme deres forståelse for forandringer i ens adfærd, som skyldes kognitive vanskeligheder.

Der er endnu ingen godkendt medicinsk behandling for kognitive problemer. Imidlertid er der flere mulige behandlingsmetoder, som er ved at blive undersøgt og sandsynligvis kommer på markedet inden for de næste år. Disse inkluderer medicin såsom lurasidon, EPO (erythropoietin), modafinil, mifepriston og vortioxetin samt psykologiske behandlinger som kognitiv og funktionel remediering.

1. HVAD ER KOGNITION - OG HVORFOR ER DET VIGTIGT?

Kognition betyder tænkning og begrebet dækker blandt andet over evnen til at være opmærksom, lære og huske, løse problemer og planlægge. Kognitive evner er forskellige fra person til person og forandres over vores levetid. De kan forværres med sygdom, hjerne-skade eller alderdom. Andre gange kan kognitive evner styrkes og forbedres.

De fleste kognitive processer finder sted automatisk. De forskellige aspekter af kognition arbejder sammen og gør os i stand til at udføre dagligdags aktiviteter. For eksempel kræver den ugentlige indkøbstur en række mentale processer:

- 1) Beslutte sig til at handle ind
- 2) Planlægge ugens måltider
- 3) Nedskrive ingredienser, der skal købes ind til måltiderne og andre ting, der er brug for i husholdningen
- 4) Have overblik over, hvor man finder tingene i supermarkedet
- 5) Opdatere hukommelsen for, hvilke ting man har - og ikke har - puttet i indkøbskurven
- 6) Finde ud af, hvad man skal gøre, når en af de varer, man skulle have, er udsolgt
- 7) Huske, hvor man har parkeret sin bil.

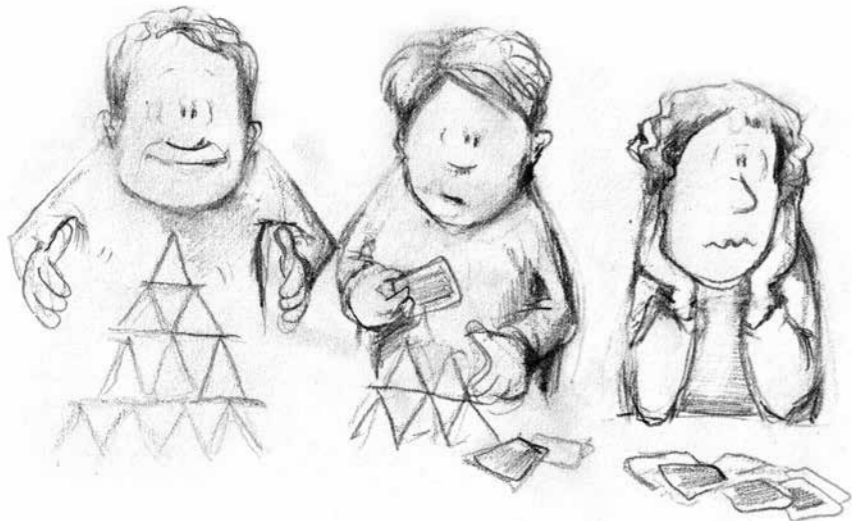


Kognitive evner er således nødvendige for at fungere i dagligdagen, arbejde, skole og det sociale liv. De er vigtige for at vedligeholde relationer: venner og familie værdsætter, at man lægger mærke til dem, husker ting om dem og gennemfører planer for at ses og laver ting sammen. Derfor er de kognitive vanskeligheder forbundet med dårligere livskvalitet og reduceret arbejdskapacitet.

2. HVORDAN PÅVIRKES KOGNITION VED BIPOLAR LIDELSE?

Under depressive episoder har man ofte problemer med opmærksomhed, koncentrationsevne, hukommelse og evnen til at løse problemer. Under maniske episoder bliver kognition også påvirket. Tanker kan flyve afsted og ofte ændre indhold, mens evnen til at bedømme en situation, være opmærksom og kontrollere impulser er begrænset. Hvor nogle mennesker med bipolar lidelse kun har sådanne problemer under depressive og maniske episoder, oplever andre kognitive problemer i måneder til år efter, at deres mani- og depressionssymptomer er forsvundet. Disse vanskeligheder kan være nedsat opmærksomhed, indlæring og hukommelse, planlægning og beslutningstagning.

For mange mennesker er kognitive problemer en central del af den bipolare lidelse og ikke blot en konsekvens af depressions- og manisymptomer eller af medicin. Det vil sige, problemerne er en del af sygdommen og bør blive undersøgt og behandlet. Ældre mennesker med en bipolar lidelse kan opleve flere kognitive problemer end unge mennesker. Imidlertid er der stor variation i sværhedsgraden af kognitive vanskeligheder hos forskellige mennesker med bipolar lidelse. Ny forskning har vist at omkring 30-40 % af mennesker med bipolar lidelse klarer kognitive tests på et niveau, som kan forventes i forhold til deres alder og uddannelse. En lignende andel har problemer inden for et enkelt område, mens resten har kognitive vanskeligheder inden for flere forskellige områder. Derfor er der forskel fra person til person på, hvordan og i hvilken grad de kognitive funktioner er påvirket.



Graden af kognitive vanskeligheder afhænger af mange faktorer, herunder sygdomsepisodernes natur og sværhedsgrad, antallet af maniske episoder og sygdomsvarigheden. Studier peger på at kognitive vanskeligheder har tendens til at forværres jo flere og jo sværere sygdomsepisoderne er, særligt når disse indebærer fulde manier og blandingsepisoder, som ledsages af hallucinationer eller vrangforestillinger (dvs. psykotiske symptomer) og/eller hospitalsindlæggelse.

Ændringer i kognition kan også være de første tegn på, at en ny sygdomsepisode er på vej. Ved at lægge mærke til og genkende tidlige tegn på sygdom kan man nå at handle og forebygge nye sygdomsepisoder.

3. HVORDAN PÅVIRKER KOGNITIVE PROBLEMER DAGLIGDAGEN?

Kognitive problemer kan gøre det svært at følge med i længere samtaler, læse en bog, købe ind, huske aftaler eller tilberede måltider for familie og venner. Folk forveksler nogle gange disse daglige problemer med dovenskab eller manglende intelligens, viljestyrke eller interesse, fordi de ikke er bekendt med de kognitive problemer, der kan forekomme ved bipolar lidelse. Dermed kan kognitive problemer mindske selvværdet og påvirke de sociale relationer. Skyld og skam er følelser, der ofte følger af ikke at kunne leve op til egne eller andres forventninger. Disse følelser kan omfatte skyld over ikke at være mentalt fokuseret i samvær med familie og venner og skam, når det er en udfordring at varetage daglige arbejdsopgaver.



Nogle mennesker forsøger at skjule deres kognitive problemer eller kompensere for dem ved at arbejde ekstra hårdt. De kognitive problemer kan dermed blive et "usynligt handicap". Problemet er, at ingen kan udvise forståelse for en persons kognitive problemer, hvis de ikke er klar over, at de eksisterer. Baseret på en kognitive undersøgelse kan den pågældende person og de pårørende få en bedre forståelse og justere deres forventninger.

Ændring i mentalt tempo. For nogle mennesker bliver det mentale tempo langsommere under en depression. Det kan give folk en følelse af, at tanker og bevægelser foregår meget langsomt og at andre taler for hurtigt.

En kvinde på 55 år beskriver det således:

“ Det er svært for mig at følge med i en samtale. Jeg kan høre ordene, men jeg kan ikke forstå meningen. Det kan tage mig lang tid at finde på et svar, og det er både frustrerende for den, som jeg taler med, og det er ubehageligt for mig selv. Det betyder, at jeg trækker mig socialt tilbage.

I modsætning hertil er det mentale tempo ofte hurtigere under (hypo)mani.

En kvinde på 29 år beskriver, at:

“ Under en hypomani tænker jeg hurtigere og har mange gode ideer. Det ville ikke være et problem hvis jeg bare kunne forblive i den tilstand. Men når jeg kommer ind i en rigtig mani efter nogle uger, kommer mine tanker og ideer ud af kontrol og jeg kan ikke mere følge med.

De ovenstående ændringer i mentalt tempo er karakteristiske for henholdsvis depression og mani. Men mange mennesker oplever også nedsat mentalt tempo i perioder, hvor de ellers er relativt symptomfri.

Opmærksomheds og koncentrationsbesvær. Opmærksomheden kan være påvirket på flere måder. For eksempel kan det være svært at følge med i samtaler, særligt længere sætninger. Mange mennesker med bipolar lidelse har også problemer med at dele opmærksomheden mellem flere opgaver på én gang og med at koncentrere sig om en opgave over længere tid.

En kvinde på 54 år beskriver:

“ Jeg har ikke læst en bog i tre år, fordi jeg ikke kan holde koncentrationen. Jeg læser den samme sætning igen og igen. Det plejede at være noget, som jeg nød.



Indlærings- og hukommelsesbesvær. Mange mennesker med bipolar lidelse oplever hukommelsesbesvær og glemmer ofte ting: ting man har lært, ting der er blevet sagt og, hvor man har lagt ting. Det kan være en hyppig grund til at glemme at tage sin medicin som anvist. Tit er disse hukommelsesproblemer forbundet med opmærksomhedsbesvær. Hvis man for eksempel har problemer med at koncentrere sig og tage ny information ind, så bliver det svært ved at huske detaljerne senere.

En kvinde på 27 år beskriver, hvordan dette påvirker hendes sociale liv:

“*Jeg er ofte angst for at se venner, fordi jeg nogle gange ikke kan huske, hvad de har fortalt mig om deres liv, og det er virkelig pinligt. Så jeg er startet med at skrive noter om, hvad der foregår i deres liv, efter de er gået. Så kan jeg se på noterne, før jeg ser dem igen, så de ikke tænker, at jeg er ligeglad.*

En anden kvinde på 54 år beskriver sit hukommelsesbesvær på arbejdet:

“*Det er et stort problem for mig i mit arbejdsliv, at jeg ikke kan huske, hvad jeg læser i patienternes journal. Når jeg kommer på hjemmebesøg kan jeg ikke huske deres navne, eller hvad jeg skulle tale med dem om.*

Problemer med planlægning, igangsætning og overblik. Et kerneproblem for mange mennesker med bipolar lidelse er at strukturere og planlægge situationer og opgaver, der involverer flere trin og koordinering. Disse aspekter af “eksekutive funktioner” kan eksemplificeres som de evner, man gør brug af i mange komplekse jobs, herunder når man driver sin egen virksomhed eller har ledelsesansvar (såsom

initiativ til at skride til handling, have opmærksomhed på og overblik over flere ting på én gang, monitorere, multitaske og træffe komplekse beslutninger). Problemer med disse funktioner kan vise sig som besvær med at klare opgaver på arbejdet eller indkøb og madlavning, som ikke før har givet anledning til problemer. Dette kan påvirke det sociale liv og arbejdsfunktionen.

En mand på 52 år beskriver det således:

“*Det er heldigt, at jeg bor i byen, for jeg skal ofte i supermarkedet flere gange for at handle ind til ét måltid. Jeg kan ikke overskue hvad jeg mangler, hvor jeg skal finde det i supermarkedet, og så bliver jeg angst og presset og må forlade supermarkedet igen. Andre gange køber jeg bare alt for meget, og ofte ting, som jeg slet ikke havde brug for.*

En kvinde på 23 år beskriver lignende problemer:

“*Jeg vil gerne i gang med at lave mad igen. Jeg plejede faktisk at være rigtig god til det. Nu er det helt uoverskueligt. Der skal både vælges en opskrift, skrives indkøbsliste, handles ind, sættes på plads og så skal maden laves. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal komme i gang.*



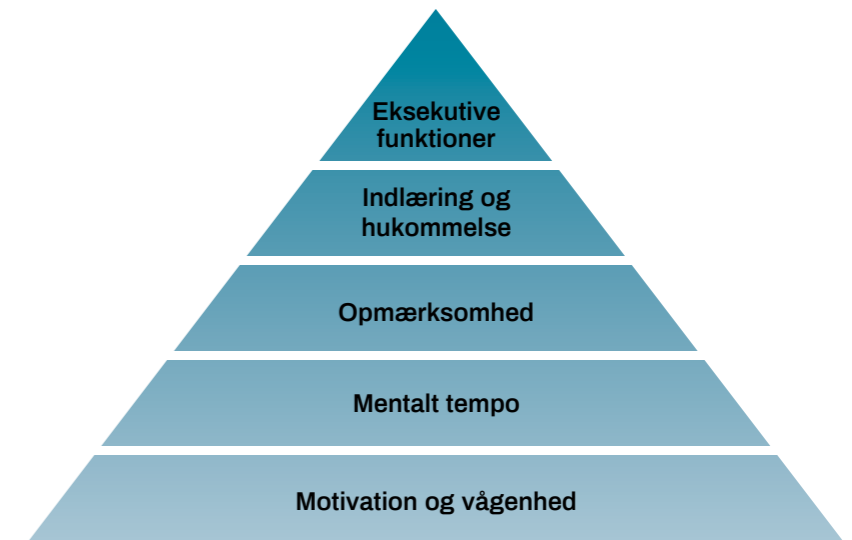
En kvinde på 31 år beskriver sine problemer med at planlægge og gennemføre ting derhjemme således:

“ Jeg har over flere år indkøbt malerier til min lejlighed. De står alle sammen på gulvet i stuen. Jeg vil gerne hænge dem op, men jeg ved ikke, hvor jeg skal begynde. Det er en daglig frustration for mig.

De ovenstående eksempler afspejler daglige opgaver, der giver problemer. Der er imidlertid også mennesker med bipolar lidelse med krævende jobs, som sagtens kan tilberede et middagsmåltid, men som oplever at være ineffektive i deres arbejdsopgaver.

4. HVAD ER DE GRUNDLÆGGENDE BESTANDDELE I KOGNITION?

Kognition kan generelt inddeles i følgende “kognitive domæner”: motivation og vågenhed, mentalt tempo, opmærksomhed, indlæring og hukommelse, og eksekutive funktioner. Man kan forestille sig de kognitive domæner som en “kognitiv pyramide”, hvor nogle aspekter af kognition bygger oven på andre.



Det betyder, at hvis man har problemer indenfor de “lavere” kognitive domæner som fx mentalt tempo, så vil det også påvirke de “højere” kognitive domæner som opmærksomhed og eksekutive funktioner. Et

kerneaspekt ved eksekutive evner er at igangsætte, kontrollere og dirigere andre aspekter af kognition. Så problemer inden for eksekutive evner vil også have negativ indflydelse på de lavere domæner.

Motivation og vågenhed er ikke deciderede kognitive funktioner, men er inkluderet i bunden af pyramiden, fordi de er helt centrale for alle aspekter af kognition. Dette er særligt relevant for at forstå, hvorfor de kognitive problemer ved bipolar lidelse generelt er mere udtalte under maniske og depressive episoder. Således vil de karakteristiske ændringer i motivation og vågenhed under sygdomsepisoder påvirke alle aspekter af de kognitive funktioner. Omvendt oplever mange også, at den øgede motivation og energi under hypomanierne er nødvendig for, at de kan igangsætte krævende aktiviteter som oprydning på loftet eller hovedrengøring.

5. HVORDAN PÅVIRKER MEDICINEN DE KOGNITIVE FUNKTIONER?

Medicin spiller en vigtig rolle i behandling af depression, mani og blandingstilstand og i forebyggelse af nye sygdomsepisoder. Mange oplever en forbedring af deres kognitive funktion, når medicinen begynder at virke på depressions- eller manisymptomer. Så det er vigtigt at tage medicinen som anvist for at forbedre de kognitive funktioner. På trods af sådanne indirekte positive virkninger af medicinen på kognitive funktioner kan nogle typer medicin for bipolar lidelse have kognitive bivirkninger. Det kan være svært at vide, om de kognitive problemer skyldes sygdommen i sig selv eller medicinen. For at afgøre, om de kognitive problemer kan være relateret til medicinen kan den sundhedsfaglige behandler evaluere ens kognitive funktioner før og efter ændring i behandlingen (detaljer senere).

Folk reagerer forskelligt på stemningsstabiliserende medicin. Nogle er følsomme over for fysiske bivirkninger, mens andre har mere tendens til at få kognitive bivirkninger. Imidlertid er det ikke muligt at vide på forhånd, om man udvikler bivirkninger, og i så fald hvilke. Bivirkningerne fra forskellige typer medicin er ikke de samme: nogen former for medicin har kognitive bivirkninger og andre har kun få hvis overhovedet nogen. Derudover har ny forskning vist at nogle former for stemningsstabiliserende medicin kan beskytte eller forbedre de kognitive funktioner.



De forskellige typer af medicin som bruges til behandling af bipolar lidelse kan adskilles på baggrund af forskellige bivirkningsprofiler. Medicindosis spiller også en rolle. Generelt er bivirkninger mere sandsynlige ved højere doser. Så det er vigtigt at finde den rigtige medicindosis, som giver den bedste stabilisering af stemningslejet og har mindst mulig risiko for bivirkninger. Eftersom alle reagerer forskelligt på medicin, vil doserne være forskellige fra person til person. Noget andet, man skal være opmærksom på, er medicininteraktioner (hvilket betyder at indtagelse af flere slags medicin samtidigt kan ændre virkningen af mindst ét af præparaterne). Hvis man tager flere slags medicin samtidig, kan det give flere bivirkninger på grund af deres interaktion. Derfor er det vigtigt at være varsom, særligt hvis man er i medicinsk behandling for flere forskellige sygdomme og dermed har mere end én behandlende læge, hvis man tager medicinen anderledes end anvist, eller hvis man også tager håndkøbsmedicin. Nedenfor er en liste over medicin, som kan give kognitive bivirkninger:

Antipsykotiske stoffer. Dette er en gruppe medikamenter som ofte bruges til at behandle mani og depression og til at forebygge nye episoder. Ældre, såkaldte "typiske" antipsykotika er forbundet med kognitive

problemer, fordi de har sløvende virkninger, men typisk kun i høje doser. Nyere atypiske antipsykotika forbindes generelt med begrænset eller ingen kognitiv forværring.

Antidepressive midler. Disse medikamenter virker mod depression og bruges nogle gange til at behandle bipolar depression. Ældre antidepressive medikamenter også kaldet "tricykliske antidepressiva" er kendt for deres mulige bivirkninger på hukommelsen og eksekutive funktioner. I modsætning hertil er nyere antidepressive midler generelt ikke forbundet med nogen betydelige kognitive bivirkninger.

Angstdæmpende medicin og sovemedicin. Disse medikamenter, som inkluderer benzodiazepiner, har en tendens til at nedsætte opmærksomheden og evnen til at lære ny information, særligt når de tages i højere doser, særligt hos ældre mennesker og i kombination med anden medicin. Hvis man stopper pludseligt med at tage denne type medicin kan det føre til en alvorlig tilstand med konfusion. Sovemedicin kan give de samme bivirkninger, men i mindre grad og hovedsageligt efter lang tids brug. Selvfølgelig giver utilstrækkelig søvn også kognitive problemer, så sovemedicin bør anvendes efter behov med opmærksomhed på dette.

Lithium. Lithium bruges ofte til behandling af mani og i forebyggende behandling. Når den gives i høje doser kan lithium forringe indlæringssevnen og hukommelsen. Men hvis lithium gives i de anbefalede doser, er medicinen generelt ikke forbundet med kognitive bivirkninger og kan endda have beskyttende virkninger på hjernen.

Antiepileptisk medicin. Disse medikamenter bruges i behandling af bipolar lidelse som stemningsstabiliserende medicin. Generelt kan de have milde bivirkninger inden for opmærksomhed og ordmobilisering samt en sløvende effekt, med nogen forskelle mellem medikamenterne.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT). Slutteligt kan elektrokonvulsiv terapi (også kendt som elektrochok behandling), som hovedsageligt anvendes til svær depression og mani, have kognitive bivirkninger som forringelse af hukommelse og eksekutive funktioner. Imidlertid er disse kognitive bivirkninger typisk forbigående og kan generelt ikke påvises tre måneder efter behandlingsafslutning. Individuer som er yngre eller har høj "kognitiv reserve" (længerevarende uddannelse, høj IQ og højt beskæftigelsesniveau) har minimal risiko for længerevarende kognitive bivirkninger, mens ældre individer og folk med lavere kognitiv reserve har større risiko.

MEDICIN OG KOGNITION

Antipsykotiske stoffer:

- Typiske antipsykotika i høje doser forbundet med kognitive problemer
- Nyere, atypiske antipsykotika få eller ingen kognitive bivirkninger

Antidepressive midler:

- Ældre tricykliske antidepressiva nogle kognitive bivirkninger
- Nyere antidepressive midler generelt ingen kognitive bivirkninger

Angstdæmpende medicin og sovemedicin:

- Angstdæmpende medicin bivirkninger inden for opmærksomheden og hukommelsen
- Sovemedicin færre bivirkninger, generelt mest ved længerevarende brug

Lithium:

- Kognitive bivirkninger kun ved høje doser – ikke ved doser inden for det anbefalede niveau

Antiepileptisk medicin:

- Mulige milde kognitive bivirkninger, dette forskelligt for de forskellige præparater

Elektrokonvulsiv terapi:

- Kognitive bivirkninger inden for hukommelsen og eksekutive funktioner, men generelt forbigående (<3 måneder)

6. HVLKE FAKTORER KAN FORVÆRRE DE KOGNITIVE PROBLEMER?

Der er forskellige livsstilsfaktorer, som er forbundet med en negativ virkning på kognition. Disse faktorer er vigtige at identificere, når man overvejer måder at forbedre kognitive funktioner hos mennesker med bipolar lidelse.

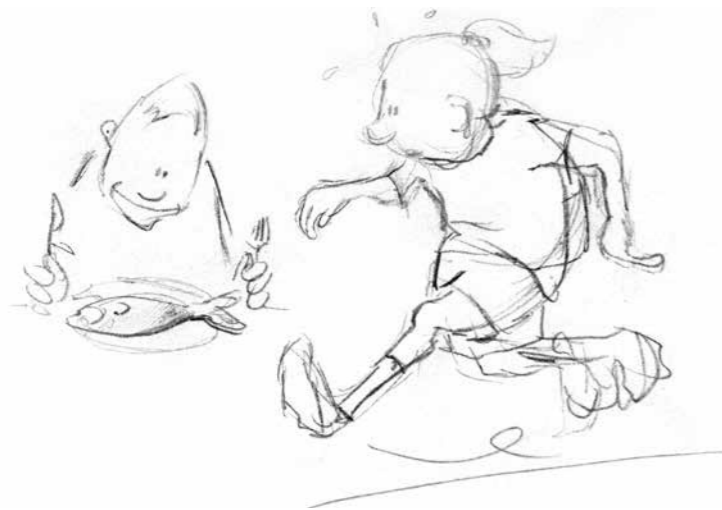
Dårlig søvn. Reduceret søvnvarighed og -dybde er hyppige, velkendte faktorer, der bidrager til kognitive problemer som koncentrations- og hukommelsesbesvær. Så søvnproblemer under maniske og depressive episoder har negativ virkning på kognition. Imidlertid er for lidt søvn og/eller ændret søvnrytme (såkaldte ændringer i døgnvariationen) imellem sygdomsepisoder også forbundet med vedvarende koncentrations- og hukommelsesbesvær. Så det er vigtigt at have faste søvntider og at sove nok for at forbedre de kognitive evner.

Fysisk inaktivitet. Mangel på fysisk aktivitet er et andet problem for mange mennesker med bipolar lidelse. Dette kan have negativ virkning på kognition. Så at være fysisk aktiv kan hjælpe med at fremme ens fysiske sundhed og forbedre de kognitive funktioner, særligt hukommelsen, planlægningsevnen og arbejdshukommelsen (dvs. evnen til fx at holde en talrække eller en række ord i hovedet). Faktisk har en ny forskning vist, at fysisk aktivitet har gavnlig effekt på hjernefunktionen ved at stimulere de helende processer i hjernen, herunder evnen til at danne nye hjerneceller og nye forbindelser (såkaldt hjerneplasticitet). De positive virkninger af fysisk aktivitet kan også være resultatet af større tilførsel af ilt og gavnlige stoffer til hjernen og forbedret søvn. At vedligeholde en sund og aktiv livsstil kræver organisering

og planlægning. Kognitive problemer kan således skabe en barriere for at opnå disse mål. Derfor synes nogle, det er en hjælp at tilmelde sig et fitnessprogram eller en støttegruppe.

Usund kost. Senere års forskning peger på, at kosten spiller en vigtig rolle for de kognitive funktioner. Særligt har man vist, at kost med høje niveauer af mættede fedtsyre er forbundet med mere udtalt kognitiv svækkelse hos den aldrende befolkning og i dyrestudier. En særlig slags fedt kaldet transfedtsyrer (i fast food, industrielt producerede kager og popcorn) kan øge skadeligt kolesterol i blodet, hvilket er forbundet med dårligt fysisk helbred og kognitive problemer. Der er også evidens for negative kognitive virkninger af høj BMI (Body Mass Index), hjertekarsygdomme og stofskifteproblemer som sukkersyge. Så det er vigtigt at få sund og varieret kost, som holder vægten nede og bidrager til et godt fysisk helbred. Nye forskningsresultater peger blandt andet på, at kost med et højt indhold af omega-3-fedtsyrer (inklusive fed fisk), jern og plantefarvestofferne flavonoider kan være gavnlige for de kognitive funktioner.

Fysiske sygdomme. Kognitive problemer forekommer ofte ved nogle bestemte fysiske sygdomme, som stofskiftesygdom (en sygdom der påvirker skjoldbruskkirtlen), fedme (BMI på 30 eller derover) og sukkersyge (der er forbundet med abnormt høje blodsukkerniveauer). Hvis man får disse fysiske sygdomme behandlet, vil det kunne forbedre ens kognition.



Misbrugsstoffer. Misbrugsstoffer kan give kognitive problemer ved langtidsbrug på grund af de giftige virkninger på hjernen i områder, der varetager hukommelse og eksekutive funktioner (hippocampus og frontallapperne). Disse stoffer inkluderer kokain, ecstasy (3,4-methylenedioxyamfetamin; MDMA) og cannabis. Cannabis indeholder mange kemikalier inklusiv THC9, som gør én høj og ikke er gode for kognition. Vi ved endnu ikke, om cannabidiol (CBD) kan hjælpe på eller forværre depressionssymptomer, og de kognitive virkninger er uafklarede.

Når en person er påvirket af cannabis, nedsættes evnen til at være opmærksom, lære og huske ting. Det er værd at bemærke, at sporstoffer af cannabis forbliver i blodstrømmen lang tid efter brug. Kognitive funktioner kan derfor være påvirkede i dage (eller længere tid) efter man har stoppet indtag af cannabis. Mindre kognitive bivirkninger kan også vare ved lang tid efter kokain og MDMA forbrug. Så hvis man bruger disse stoffer jævnligt, vil man kunne opleve en forbedring af sin kognition ved at undgå dem over en periode. Dette kan også hjælpe ens behandler til at afklare om de kognitive problemer skyldes brug af stoffer eller er direkte forbundet med den bipolare sygdom.

Alkohol. Nogle mennesker med bipolar lidelse har en tendens til af og til at bruge alkohol enten i rekreativt øjemed eller som selvmedicine-

ring. Problemet er, at overforbrug af alkohol i sig selv kan skabe kognitive vanskeligheder. Alkohol reducerer evnen til at hæmme impulser og til at kontrollere tanker og følelser såvel som evnen til at lære og huske ting på grund af de giftige virkninger på hjernecellerne. Graden af kognitive bivirkninger hænger sammen med, hvor udtalt alkoholforbruget er. Der er stadig videnskabelig debat om, hvorvidt overforbrug af alkohol fører til permanente skader i form af vedvarende kognitive vanskeligheder. De fleste behandles råd vil derfor være mådehold (dvs. begrænset kvantitet og frekvens af alkoholindtag) og helst helt ophør.

Stress. Stress er en vigtig livsstilsfaktor med negativ virkning på kognition. Mentale evner påvirkes af både korttids- og langtidsstress. De fleste har oplevet at deres evne til at tænke klart påvirkes af akut stress. For eksempel under en eksamen kan stress forbedre den mentale skarphed for nogle men kan resultere i angst for andre, hvorved "følelserne tager over" og nedsætter evnen til at tænke klart og være rationel. Med længere tids stress for eksempel på arbejdet bliver denne tilstand af "at være på mærkerne" kronisk. Dette svækker hjernen og kan føre til problemer med at koncentrere sig, bevare overblikket og varetage konkrete arbejdsfunktioner. Dette kan igen øge stressniveauet, angst og følelsen af ikke at kunne klare arbejdsopgaverne, hvilket kan bidrage til udvikling af nye depressive eller maniske episoder.

TING DER KAN FORVÆRRE DE KOGNITIVE PROBLEMER

1. Søvnmangel
2. Mangel på fysisk aktivitet
3. Højt fedtindhold i kosten
4. Overvægt
5. Nogle fysiske sygdomme
6. Misbrugsstoffer
7. Overforbrug af alkohol
8. Langvarig stress

7. KAN MAN SELV VURDERE SINE KOGNITIVE FUNKTIONER?

Kognitive funktioner kan undersøges på forskellige måder. F.eks. kan man blive bedt om at svare på nogle spørgsmål om kognitive problemer i dagligdagen såsom "Har du vanskeligt ved at koncentrere dig, når du læser en bog eller ser nyheder?", "Har du problemer med at koncentrere dig om mere end en ting ad gangen?" eller "Glemmer du ofte aftaler?". Det er vigtigt at involvere ens pårørende, som kan tilføje relevante observationer og information om ens funktion i dagligdagen og, hvordan man før plejede at fungere hjemme, i skolen eller på arbejdet.

I mange tilfælde er der også behov for en objektiv *neuropsykologisk screening*, som inkluderer en række opgaver som at huske en ordliste eller at holde nogle tal og bogstaver i hovedet. Dette skyldes, at de fleste mennesker har svært ved selv at vurdere deres kognitive funktioner. Ofte farves de subjektivt oplevede kognitive problemer af depressions- og manisyntomer. Disse symptomer kan gøre det svært at vurdere egne kognitive evner korrekt og vil ofte føre til en undervurdering af de kognitive evner. Nogle gange kan det derfor være svært for psykiateren eller psykologen at vide, om en person har kognitive problemer eller er lidt deprimeret. En neuropsykologisk screening kan give indsigt i personens kognitive problemer og ressourcer, som vedkommende måske ikke selv er bevidst om og ikke kan beskrive.



En anden årsag til diskrepansen mellem subjektive og objektive kognitive problemer kan være individuelle forskelle i den "kognitive reserve". Begrebet kognitiv reserve dækker over personers uddannelsesniveau, intelligens og beskæftigelsesniveau og kan forstås som en slags "mental bankkonto", man indbetaler på igennem sin uddannelse, job og andre kognitivt stimulerende aktiviteter.

Hvis den kognitive reserve er høj, kan personen have haft en *bedre end normal* kognitiv funktion før sygdomsdebut. En sådan person kan opleve og beskrive en nedgang i de kognitive funktioner, uden at vedkommendes præstation på kognitive tests er forskellig fra en rask normgruppe med gennemsnitlig intelligens. Derfor er det vigtigt at vurdere både en persons *subjektivt* oplevede kognitive problemer, personens resultater på en *objektiv* neuropsykologisk screening, aktuelle symptomer og estimater for den kognitive reserve. Nedenfor er der et link til den ISBD (International Society for Bipolar Disorders) hjemmeside, hvor man kan downloade et spørgeskema om kognitive vanskeligheder udformet til mennesker med bipolar lidelse, COBRA:

<http://www.isbd.org/cognitive-assessment>

8. HVAD KAN MAN SELV GØRE?

Ved at lære om de mulige kognitive problemer ved bipolar lidelse kan man lære at genkende og tackle sine kognitive symptomer og dermed forbedre sin livskvalitet og daglige funktion. Hvis man oplever vedvarende kognitive problemer efter sine sygdomsepisoder, kan det være en god idé at søge hjælp hos sin sundhedsfaglige behandler for at få undersøgt sin kognition. Dette vil hjælpe med at sætte realistiske mål for, hvad der kan forventes af én på arbejdet og i hjemmet. Udover at tage sin medicin, sørge for at få jævnlig og tilstrækkelig søvn og fysisk aktivitet samt mindske alkoholindtaget, er der forskellige ting, man selv og ens pårørende kan gøre for at håndtere de kognitive vanskeligheder.

Det første skridt er at lægge mærke til sine kognitive forandringer og problemer. Nogle mennesker finder det brugbart at registrere forandringer i hukommelse, opmærksomhed, vågenhed og tænkning for at se, om kognitionen ændrer sig med forskellig medicin eller under sygdomsepisoder. Det kan være en hjælp at have en anden, såsom et familiemedlem eller en sundhedsfaglig behandler, til også at registrere sådanne forandringer, eftersom kognitive problemer nogle gange lettere kan genkendes af andre. Det kan også være brugbart at opfordre sin behandler til at bruge et kognitivt screeningsredskab som SCIP (Screening for Cognitive Impairment in Psychiatry), som er det redskab, som anbefales af den internationale ISBD Kognitions Task Force. SCIP giver mulighed for let og hurtigt at vurdere ens kognition med et objektive redskab.

Ved at bruge SCIP og COBRA kan man sammen med sin sundhedsfaglige behandler vurdere og monitorere eventuelle forandringer i sin kognition over tid. Dette vil styrke samarbejde med ens behandler om at tjekke, hvorvidt justering af ens medicin kan hjælpe én uden at destabilisere stemningslejet. Den sundhedsfaglige behandler kan bruge SCIP efter minimal træning (fx efter at have gennemført et online webinar). SCIP er tilgængelig uden omkostning på de fleste sprog gennem den ISBD hjemmeside:

<http://www.isbd.org/cognitive-assessment>



Ud fra ens resultater på SCIP og COBRA kan behandleren også beslutte, om det er nødvendigt at undersøge ens kognition med et flere neuropsykologiske tests eller henvise én til en fuld neuropsykologisk undersøgelse.

Husk at justering af den stemningsstabiliserende medicin er baseret på komplekse beslutninger, så man bør undgå at ændre medicinen eller doserne uden først at tale med sin behandlende læge. Det er

derfor vigtigt at orientere sin behandler, hvis man bruger stoffer eller anden medicin, har ændret, hvordan man tager sin medicin, eller har livstilsfaktorer, der kan spille ind. Hvis man sammen med sin behandler kommer frem til, at de kognitive problemer *ikke* skyldes medicin eller usunde livstilsfaktorer, kan man prøve nogle kognitive rehabiliteringsstrategier (se næste afsnit). Dette er aktiviteter, som kan hjælpe med at genoptræne kognition såvel som at kompensere for mulige kognitive vanskeligheder. Konkret kan man med kognitive rehabilitering håndtere de kognitive problemer ved brug af tre forskellige metoder (beskrevet i næste afsnit):

1. Remedieringsteknikker (kognitiv træning)
2. Kompensatoriske strategier (fx huskesystemer)
3. Adaptive tilgange (fx kalender og alarmer)

En kognitiv vurdering hos en sundhedsfaglig behandler kan hjælpe én med at beslutte, hvilken af disse tilgange, der er mest brugbar.

9. MÅDER AT HÅNDBERE KOGNITIVE VANSKELIGHEDER PÅ

Som beskrevet i afsnit 5 og 6 bliver kognition påvirket af forskellige faktorer, herunder udtrætning, medicin, depressions- og manisyntomer, fysisk sygdom og stress. Det er vigtigt at man tager dette i betragtning, når man planlægger sin dag. Det er for eksempel en god idé at planlægge de mere kognitivt udfordrende opgaver på et tidspunkt på dagen, hvor man forventer at have energi og være veludhvilet. For nogle er dette om morgenen, mens aftener er bedst for andre. Eftersom hvile og fysisk aktivitet styrker de kognitive funktioner, anbefales det også at planlægge korte pauser og/eller få bevæget sig i løbet af dagen.

REMEDIERINGSTEKNIKKER

Remedieringsteknikker hjælper én med at forbedre sin kognition ved at træne og øve sine kognitive evner gennem gentagelse. Dette kan involvere øvelser på en computer eller med papir og blyant og/eller gruppeaktiviteter. Det er vigtigt, at man får foretaget en formel vurdering af sin kognition, som inkluderer både ens styrker og vanskeligheder og kan danne grundlag for en behandlingsplan, der er tilpasset ens behov. Remedieringsteknikker giver imidlertid ikke noget "hurtigt fix": Fremskridt kræver tid og kræfter. Der er kun lavet få undersøgelser af kognitiv træning og evidensen er sparsom. Men nye forskningsresultater tyder på, at kognitiv træning kan være gavnlig for mennesker med affektive lidelser, herunder bipolar lidelse. Selvom man kan forbedre sine resultater på de specifikke opgaver, man øver, er det stadig usikkert, hvor hjælpsomt dette er for ens generelle funktions-

niveau. Ny forskning peger på, at det er helt centralt at anvende de forbedrede kognitive evner i kognitivt udfordrende dagligdags-situationer som indkøb, betaling af regninger, madlavning til en gruppe venner etc.

KOMPENSATORISKE STRATEGIER

Kompensatoriske strategier hjælper én med at finde alternative måder at nå sine mål på ved at kompensere for sine kognitive udfordringer. For eksempel kan man lære mnemoteknikker (eller husketeknikker), som hjælper én med at huske. Hvis man for eksempel skal huske at købe tre ting i et supermarked – mælk, smør og æbler – kan man fx lave et mentalt billede af ko, som bliver malket under et æbletræ omgivet af mælkekartoner og smørpakker. Dette mentale billede, som samler alle tingene, gør det nemmere at huske, hvad man skal købe, når man står nede i butikken.

Et andet eksempel er, når man møder nye mennesker og skal lære deres navne. Hvis en persons navn er Dorthe, kan man memorere hendes navn ved at forestille sig en aktivitet, hun laver, som starter med bogstavet 'D', fx "Dorthe elsker at Danse". Dermed indlærer man hendes navn i både det sproglige og det visuelle system i hjernen, hvilket gør det nemmere senere at genkalde hendes navn.

Andre kompensatoriske strategier, der kan hjælpe én med at tage fat på tilsyneladende overvældende opgaver er kun at gøre én ting ad gangen og opdele opgaverne i mindre dele.

ADAPTIVE TILGANGE

Adaptive tilgange handler om at forandre sine omgivelser (dvs. verden omkring én). Man kan måske bruge noget optageudstyr til at hjælpe én selv med at huske vigtig information eller anvende lister.

En anden adaptiv strategi kan være at mindske distraherende stimuli, når man arbejder. For eksempel arbejder mange bedst med ørepropper i ørene eller med støjdæmpende høretelefoner på for at undgå unødige distraktioner som en radio der spiller, larm fra gaden eller andre, der snakker. Brug af ørepropper eller støjdæmpende høretelefoner er dermed en strategi, der hjælper én med at vedligeholde og fokusere opmærksomheden.

En grad af faste rutiner og systemer kan også hjælpe én med at huske ting, man bruger dagligt, såsom nøgler, briller, pung og aftaler. Det er en god ide at give sådanne dagligdagsgenstande nogle bestemte pladser i hjemmet, så man altid kan finde dem. Man vil også kunne huske aftaler bedre, hvis man har et system for at minde sig selv om dem; for eksempel en kalender på mobiltelefonen (særligt hvis man altid har mobilen med sig) og en alarm, der minder én om ting, man skal, fx at tage sin medicin. Rutiner kan også hjælpe én med at holde et bedre overblik over ugentlige pligter som indkøb, rengøring og tøjvask.



For nogle mennesker er det let af implementere rutiner, mens andre er bekymrede for, om det vil tage deres spontanitet fra dem og give dem en følelse af ikke at være frie. Hvis man er blandt de sidstnævnte, kan man beslutte sig for bare at prøve dette som et eksperiment, man dedikerer sig til i 3-4 uger. Derefter kan man evaluere, om det virker

og droppe det, hvis det ikke gør. Efter et stykke tid, er der mange, som oplever at en vis grad af rutiner og planlægning af pligter på forskellige ugedage faktisk hjælper dem med at frigøre deres mentale kapacitet, så de kan fokusere på andre (mere interessante) ting.

BRUGBARE TIPS OG TRICKS

Nedenfor er der en liste over brugbare tips, der er nemme at bruge og kan hjælpe én med at håndtere kognitive udfordringer:

- Sørge for at få en stabil døgnrytme (fx sove ca. 8 timer om natten); udtrætning kan forværre de kognitive problemer
- Stoppe aktiviteten før udtrætning
- Forsøge at balancere sine aktiviteter, så man får en blanding af fysiske, mentale og sociale aktiviteter, der kan fastholde ens interesse og forebygge udtrætning
- Holde sig til én aktivitet ad gangen; forsøge ikke at multitaske
- Prøve at begrænse distraktioner; fx at finde et roligt sted at arbejde eller find på en måde, man kan blokere for visuelle eller auditive informationer
- Prøve at holde aktiviteter og opgaver strukturerede og organiserede (fx bruge et ugeskema og planlægge og opdele aktiviteterne i løbet af ugen)
- Opdele information og opgaver i kategorier (fx inddele ugens aktiviteter i farver for bedre at huske dem, fx forskellige farver for lægeaftaler, arbejde og privatliv)
- Holde kommunikation og aktiviteter enkle og minimere forstyrrende elementer (fx mødes med venner et sted uden larm for at kunne holde fokus i samtalen)
- Give information en kontekst/ gøre det personligt/ opdigte en historie om informationen
- Visualisere ting, man har brug for at huske (lave mentale billeder)
- Monitorere, om man undgår kognitivt udfordrende opgaver og i stedet opsøge muligheder for at udfordre sig selv kognitivt

De ovenstående strategier kan hjælpe én på forskellige måder. Nedenfor er der nogle udtalelser fra personer med bipolar lidelse, der har arbejdet med disse strategier som del af deres kognitive remedieringsbehandling og har implementeret dem i daglige situationer.

Kvinde, 42 år:

“ Jeg er endelig kommet i gang med at rydde op. Det har været uoverskueligt for mig, fordi jeg ikke vidste hvor jeg skulle begynde. Jeg har brugt inddeling, og er startet i ét rum. Jeg har kategoriseret tingene efter om det skal beholdes eller smides ud. Det har gjort det nemmere at komme i gang.

Kvinde, 50 år:

“ Det er lykkedes mig at pakke mit tøj til min ferie. Det var en opgave, som jeg havde frygtet. Jeg kunne ikke overskue hvad jeg skulle tage med. Jeg inddelte ugen i syv dage, og hver dag i "morgen" og "aften". Det system betød, at jeg kunne komme i gang med opgaven, og så kunne jeg faktisk godt finde ud af det.

Mand, 25 år:

“ Jeg glemmer altid, hvor jeg parkerer min bil. Sidste gang forsøgte jeg at knytte pladsen til noget, som giver mening for mig. Det var plads 6, sektion F. Min bror hedder Frederik, og da jeg spillede fodbold var det i trøje nr. 6. Den dag fandt jeg min bil uden at bruge en halv time på det.

Kvinde, 23 år:

“ For mig har det være brugbart at øve mig i nogle af hukommelsesstrategierne. Jeg er f.eks. begyndt på at bruge 5 – 10 min hver aften på at skrive nogle nøgleord ned fra min dag. Jeg bruger forskellige farver afhængigt af om det handler om noget privat, om arbejde, eller om min læge. Det gør det nemmere for mig at huske hvad jeg laver, når jeg tænker på farverne.

BOOST DEN KOGNITIVE RESERVE

Ny forskning peger på, at sygdomsrelateret forværring af kognition kan modvirkes, hvis man arbejder med at booste sin kognitive reserve ("mentale bankkonto") ved at holde fast i uddannelse, arbejde og andre kognitivt stimulerende aktiviteter. Dette skyldes, at en stor kognitiv reserve styrker hjernes evne til at tolerere negative virkninger af sygdomsepisoder, reducere sygdomssymptomer og tackle kognitive udfordringer (ligesom en større bankopsparing gør det lettere at komme gennem økonomisk svære tider). Det kan derfor anbefales at forsøge at holde fast i sine studier og/eller arbejde frem for at give op, når det er udfordrende og stressende. I disse tilfælde er det en god idé at tale med sin sundhedsfaglige behandler om sine problemer, bede om en kognitiv screening og få råd om, hvordan man kan håndtere situationen. Helt konkret kan en undersøgelse af ens kognitive styrker og udfordringer danne grundlag for justering af arbejdsfunktioner og udvikling af strategier til at vedligeholde studierne og aktiviteter, som booster den kognitive reserve.

10. KOGNITION MED PÅRØRENDE OG TÆTTE VENNER OM DE KOGNITIVE PROBLEMER

Kognitive problemer er som før nævnt et "usynligt handicap", der ofte fejlfortolkes som ligegyldighed eller sløseri. Typiske situationer inkluderer at glemme, hvad der foregår i de pårørendes liv, at glemme mærkedage eller fødselsdage eller at ankomme for sent til aftaler, fordi man er faret vild. Så det er en god idé at tale med sine pårørende og venner om sine vanskeligheder med at huske ting og at fastholde opmærksomheden og at forklare, at det er en del af at have en bipolar lidelse. Det kan også være godt at tale med dem om, hvordan de kan hjælpe én med at huske ting. Hvis det er en udfordring at gøre dette på egen hånd, kan man også spørge sin behandler, om man må medbringe en pårørende til konsultationen. Åben kommunikation vil øge de pårørendes forståelse og tolerance og i nogle tilfælde forhindre unødvendige konflikter og stress for én selv og ens familie.



RÅD TIL PÅRØRENDE

Hvis man er pårørende til nogen med kognitive problemer er det vigtigt, at man prøver at forstå, hvordan man kan hjælpe, og at vise tålmodighed. Man kan også hjælpe med at introducere en bedre struktur i dagligdagen for at mindske sin pårørendes problemer med opmærksomhed, hukommelse og at bevare overblikket. Det kan være nødvendigt at gentage beskeder og aftaler eller endda skrive disse ned i en kalender sammen med sin pårørende. Det kan også være gavnligt at give sin pårørende klare beskeder og instruktioner, at reducere omfanget af information, der skal huskes, og at give ham/hende den nødvendige tid til at gennemføre aktiviteten. Slutteligt kan man også opfordre sin pårørende til at bruge ydre støtteredskaber som en kalender, alarmer og mobiltelefonen. Imidlertid er det vigtigste, at man anerkender og prøver at forstå sin pårørendes kognitive udfordringer, og at man sætter realistiske forventninger.

11. FINDES DER NOGEN BEHANDLINGER FOR KOGNITIVE VANSKELIGHEDER?

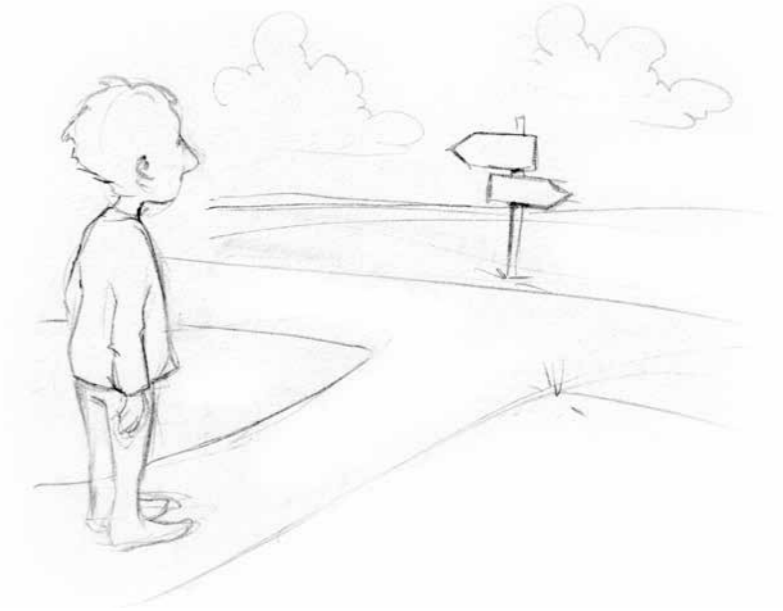
Der findes aktuelt ingen godkendte behandlinger for kognitive problemer. Imidlertid er der adskillige mulige behandlingsmetoder, som er ved at blive undersøgt. Disse behandlinger bliver sandsynligvis tilgængelige inden for den næste årrække. Nedenfor er nogle af de mest lovende medicinske og psykologiske behandlinger. Fælles for dem er, at de menes at forbedre hjernens kapacitet til at regenerere hjerneceller og disses forbindelser. Disse processer kan styrkes medicinsk eller ved at udfordre og træne hjernen.

Selvom kognitive problemer forekommer hos mange mennesker med bipolar lidelse, er der mange effektive strategier (remediering, kompensation og adaptive strategier). Med støtte fra en behandler og ved brug af de rigtige redskaber er det i stigende grad muligt at fungere effektivt på trods af de kognitive vanskeligheder og bevare en god livskvalitet.

12. RESUMÉ AF NYE FORSKNINGS- RESULTATER

Blandt de mest lovende medicinske behandlinger er mifepriston, lurasidon, EPO (erythropoietin), modafinil og vortioxetin.

To studier af 1-3 ugers mifepriston behandling af mennesker med bipolar lidelse viste forbedring af den rumlige arbejdshukommelse (det vil sige kapaciteten til at holde steder og objekter i hovedet) (Young et al 2004, Watson et al 2012). Et nyere studie har også fundet kognitiv forbedring efter seks ugers lurasidon behandling af mennesker med bipolar lidelse type I (Yatham et al 2017). To placebo-kontrollerede undersøgelser af 8-ugers EPO infusioner til mennesker med bipolar lidelse eller unipolar lidelse (depression) viste kognitive forbedringer på tværs af hukommelse og opmærksomhed og kompleks informationsbearbejdning (Miskowiak et al 2014, 2015). Modafinil er endnu ikke blevet undersøgt ved bipolar lidelse, men ser ud til at være gavnlig for episodisk hukommelse og arbejdshukommelse ved unipolar depression (Kaser et al 2017). Slutteligt forbedrer det antidepressive middel vortioxetin nogle aspekter af kognition ved unipolar depression (McIntyre et al 2016, Smith et al 2017), men er endnu ikke undersøgt ved bipolar lidelse.



MULIGE PSYKOLOGISKE BEHANDLINGER

Mulige psykologiske behandlinger for kognitive vanskeligheder og funktionelle problemer (dvs. nedsat funktion i dagligdagen og på arbejdet) er funktionel remediering og nogle former for kognitiv remediering, herunder internetbaseret kognitiv remediering (Lewandowski et al 2017) og action-based kognitiv remediering (ABCR). Funktionel og kognitiv remediering indebærer begge kognitiv træning, kompensations teknikker og copingstrategier til at håndtere vanskeligheder i dagligdagen. De adskiller sig ved at funktionel remediering fokuserer primært på at træne strategier og evner til at håndtere *funktionelle* vanskeligheder, det vil sige problemer med funktion på arbejdet, i sociale sammenhænge og i hjemmet. I modsætning hertil lægger kognitive remedieringsprogrammer generelt vægt på computeriseret *kognitiv* træning (computerøvelser, der øves via gentagelse). Derudover involverer ABCR en aktiv 'brobygning' mellem de forbedrede kognitive evner ved fx computertræning og dagligdagsudfordringer gennem praktiske øvelser i terapisesionerne og opsøgning af kognitive udfordringer i dagligdagen.

Funktionel remediering er særligt relevant for mennesker med bipolar lidelse, som oplever markante kognitive og psykosociale problemer, fordi behandlingen forbedrer funktionsniveauet hos personer med længerevarende sygdom (Torrent et al 2013). Derudover ser internet-baseret kognitiv remediering over 24 uger ud til at forbedre kognitive funktioner hos mennesker med bipolar lidelse type 1 (Lewandowski et al 2017). Slutteligt kan 10 ugers ABCR muligvis forbedre kognition og arbejdsfunktion hos personer med psykiske lidelser som skizofreni, depression og bipolar lidelse (Bowie et al 2017). På baggrund af denne evidens er et igangværende studie i Danmark ved at evaluere effekten af 10 ugers ABCR hos mennesker med bipolar lidelse, som har kognitive problemer på trods af, at de er relativt symptomfri (Ott et al, in press). Andre igangværende studier undersøger virkningen af 12 ugers kognitiv adfærds-rehabilitering (Strawbridge et al 2016) og 12 ugers kognitiv remediering (Gomez et al 2017).

Et lovende behandlingsperspektiv er at kombinere medicinske og psykologiske interventioner. Tilsammen kan disse behandlinger sandsynligvis booste de regenerative egenskaber hjernen endnu mere end hver behandling i sig selv, hvilket kan føre til mere robuste kognitive og funktionelle forbedringer. Så kombinationen af behandlinger menes at være et vigtigt næste skridt for kognitionsforsøg ved bipolar lidelse.

Der er adskillige igangværende forsøg baseret på de ovenstående medicinske og psykologiske behandlinger, som det kan være muligt at deltage i. Hvis man er interesseret i at lære mere og se, om man kan deltage, kan man besøge ISBD hjemmesiden www.isbd.org/cognitive-assessment

Der opfordres til altid at diskutere disse muligheder med sin behandler for at afgøre om behandlingen er tilgængelig og brugbar, og om det er sikkert for én at deltage.

13. ONLINE RESSOURCER

Vurdering af kognition og livskvalitet

Vurdering af kognition: www.isbd.org/cognitive-assessment
Vurdering af livskvalitet: www.bdqol.com

Information om forbedring af velbefindende

Redskab til et bedre velbefindende: www.bdwellness.com

Arbejdsredskab til at forbedre kognition

Prioriteringsark: www.isbd.org/cognitive-assessment
Målsætning med brug af SMART tilgangen:
www.isbd.org/cognitive-assessment
Mere information om kompensations teknikker:
<http://www.cogsmart.com/>

14. ANBEFALET VIDERE LÆSNING

- Goldberg J, Burdick K. Cognitive dysfunction in bipolar disorder: A guide for clinicians.
- Kapczynski F, Vieta E, Magalhaes PVS, Berk M. Neuroprogression and staging in bipolar disorder. Oxford University Press, 2015.
- Medalia A, Bowie CR (eds.). Cognitive Remediation to Improve Functional Outcomes, Oxford University Press, 2016.
- Vieta E, Torrent C, Martinez-Aran A. Functional remediation for bipolar disorder. Cambridge University Press, 2014.

15. PERSONER BAG DETTE INFORMATIONSMATERIALE

Dette informationsmateriale er udviklet af International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Targeting Cognition Task Force. Denne task force blev grundlagt i 2016 under ledelse af professor, Dr.Med., D.Phil, psykolog Kamilla Miskowiak og består af 21 internationale eksperter i kognition inden for affektive lidelser fra de følgende lande (i alfabetisk rækkefølge): Australien, Brasilien, Canada, Columbia, Danmark, Japan, New Zealand, Spanien, Storbritannien, og USA. Medlemmerne af task forcen er udvalgt på baggrund af deres ekspertise i kognition ved bipolar lidelse.

Forfattere og tilhørsforhold: Miskowiak KW^{1,2}, Burdick KE³, Martinez-Aran A⁴, Bonnin CM⁴, Bowie CR⁵, Carvalho AF⁶, Gallagher P⁷, Lafer B⁸, López-Jaramillo C⁹, Sumiyoshi T¹⁰, McIntyre RS¹¹, Schaffer A¹², Porter RJ¹³, Purdon S¹⁴, Torres IJ¹⁵, Yatham LN¹⁵, Van Rheenen T¹⁶, Young AH¹, Kessing LV¹, Vieta E⁴

- 1 Copenhagen Affective Disorder Research Centre (CADIC); Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, Region Hovedstadens Psykiatri, København, Danmark
- 2 Institut for Psykologi, Københavns Universitet, København, Danmark
- 3 Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital; Harvard Medical School, Boston, MA, USA
- 4 Clinical Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Catalunien, Spanien
- 5 Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Canada

- 6 Department of Clinical Medicine and Translational Psychiatry Research Group, Faculty of Medicine, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brasilien
- 7 Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle-upon-Tyne, Storbritannien
- 8 Bipolar Disorder Research Program, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasilien
- 9 Research Group in Psychiatry, Department of Psychiatry, Universidad de Antioquia, Medellín, Columbia
- 10 Department of Clinical Epidemiology, Translational Medical Center, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan
- 11 Mood Disorders Psychopharmacology Unit Brain and Cognition Discovery Foundation University of Toronto, Toronto, Canada
- 12 Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada
- 13 Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand
- 14 Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton, Canada
- 15 Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, Canada
- 16 Department of Psychiatry, University of Melbourne; Australien
- 17 Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, Storbritannien

Illustrationer: Karen Leth

Grafisk design: Line Flindt

Taksigelser: Vi takker vores kolleger på Kompetencecenter for Affektive Lidelser, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, for værdifuldt input til og korrektion af informationsfolderen. TrygFonden takkes for finansiel støtte til at udvikle informationsfolderen, herunder omkostninger til grafisk design og illustrationer.

REFERENCER

- Bowie CR, Grossman M, Gupta M, Holshausen K, Best MW. Action-based cognitive remediation for individuals with serious mental illnesses: Effects of real-world simulations and goal setting on functional and vocational outcomes. *Psychiatr Rehabil J* 2017 Mar;40(1):53-60.
- Gomes BC, Rocca CC, Belizario GO, Lafer B. Cognitive-behavioral rehabilitation vs. treatment as usual for bipolar patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017 Mar 28;18(1):142.
- Kaser M, Deakin J, Michael A, Zapata C, Bansal R, Ryan D, et al. Modafinil Improves Episodic Memory and Working Memory Cognition in Patients With Remitted Depression: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Biological Psychiatry CNI* 2017;(in press).
- Lewandowski KE, Sperry SH, Cohen BM, et al. Treatment to Enhance Cognition in Bipolar Disorder (TREC-BD): Efficacy of a Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation Versus Active Control. *J Clin Psychiatry* 2017.
- McIntyre RS, Harrison J, Loft H, Jacobson W, Olsen CK. The Effects of Vortioxetine on Cognitive Function in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Three Randomized Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2016 Aug 24.
- Miskowiak KW, Ehrenreich H, Christensen EM, Kessing LV, Vinberg M. Recombinant human erythropoietin to target cognitive dysfunction in bipolar disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 2 trial. *J Clin Psychiatry* 2014 Jul 8.
- Miskowiak KW, Ehrenreich H, Christensen EM, Kessing LV, Vinberg M. Recombinant human erythropoietin to target cognitive dysfunction in bipolar disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 2 trial. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 1347-55.

Miskowiak KW, Vinberg M, Macoveanu J, Ehrenreich H, Koster N, Inkster B, et al. Effects of Erythropoietin on Hippocampal Volume and Memory in Mood Disorders. *Biol Psychiatry* 2015;78: 270-7.

Ott C, Vinberg M, Bowie C, Christensen E, Kessing LV, Miskowiak K. Effect of Action-Based Cognitive Remediation on cognition and neural activity in bipolar disorder and healthy first-degree relatives: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2017;in press.

Smith J, Browning M, Conen S, Smallman R, Buchbjerg J, Larsen KG, et al. Vortioxetine reduces BOLD signal during performance of the N-back working memory task: a randomised neuroimaging trial in remitted depressed patients and healthy controls. *Mol Psychiatry* 2017 May 23.

Strawbridge R, Fish J, Halari R, Hodsoll J, Reeder C, Macritchie K, et al. The Cognitive Remediation in Bipolar (CRiB) pilot study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2016 Jul 29;17:371.

Torrent C, Bonnin CM, Martinez-Aran A, Valle J, Amann BL, Gonzalez-Pinto A, et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013 Aug;170(8):852-9.

Watson S, Gallagher P, Porter RJ, Smith MS, Herron LJ, Bulmer S, et al. A randomized trial to examine the effect of mifepristone on neuropsychological performance and mood in patients with bipolar depression. *Biol Psychiatry* 2012 Dec 1;72: 943-9.

Yatham LN, Mackala S, Basivireddy J, Ahn S, Walji N, Hu C, et al. Lurasidone versus treatment as usual for cognitive impairment in euthymic patients with bipolar I disorder: a randomised, open-label, pilot study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(3): 208-17.

Young AH, Gallagher P, Watson S, Del-Estal D, Owen BM, Ferrier IN. Improvements in neurocognitive function and mood following adjunctive treatment with mifepristone (RU-486) in bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology* 2004 Aug;29(8):1538-45.