



NÅR DEPRESSIONER SKADER HJERNEN

Depressioner kan udløse kognitive skader, ligesom de menes at øge risikoen for at blive ramt af demens.

Alligevel behandles der i dag ofte ensidigt for depressionssymptomerne, og der screenes sjældent for de kognitive vanskeligheder. Det kan få alvorlige konsekvenser for patienternes liv, siger psykolog og professor i neuropsykologi, **Kamilla Miskowiak**.

Af Jannie Iwankow, *journalist*

Foto af Katrine Møbius

Alle, der har været ramt af en depression eller har været tæt på et menneske, der er depressivt, ved, hvor ødelæggende denne sygdom kan være, og hvor hårdt et aftryk den kan sætte på livskvaliteten. Hvad færre måske ved er, at de, der har haft flere depressioner, ofte risikerer at måtte slås med invaliderende senfølger, der rammer deres kognitive evner.

Kamilla Miskowiak er psykolog og professor i kognitiv neuropsykiatri på Institut for Psykologi på Københavns Universitet samt leder af Neurocognition and Emotion in Affective Disorders (NEAD) på Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet. Hun og hendes forskningsgruppe forsker bl.a. i de kognitive senfølger, der kan følge i kølvandet på depressioner, og ifølge hende er der meget, der peger på, at nogle mennesker får reelle skader i hjernen som følge af depressioner.

– Det er relativt anerkendt efterhånden, at der er eftervirkninger især hos patienter, som har haft flere depressioner. Har man derimod kun haft en enkelt depression, er risikoen for at få senfølger kun lav. Men man ved også, at det øjeblik, man først har haft en depression, har man en forøget risiko for at få endnu en, siger hun.

De kognitive senfølger spiller negativt ind på patientens livskvalitet, funktionsniveau og sygdomsprognose således, at dem med kognitive senfølger, efter de ellers er velbehandlede for depression, har øget risiko for tilbagefald måske på grund af øget stress, selvbebrejdelse og manglende forståelse for omgivelserne.

Hvor stor en procentdel, der rammes af kognitive senfølger, vides ikke. Men ser man nærmere på, hvem der primært rammes, danner der sig et mønster. Således spiller både alder, uddannelse og socialklasse en rolle. Store metaanalyser viser bl.a., at de, der debuterer med en depression efter 60-årsalderen, får flere vanskeligheder med især verbal hukommelse og psykomotorisk tempo. I de tilfælde skyldes det ofte såkaldt vaskulære depressioner, hvor der optræder små blodpropper i hjernen, som kan ses ved scanninger.

Også hvad angår uddannelse og social kapital rammer kognitive skader efter depression skævt.

– Jo dårligere et udgangspunkt du har, jo mere vil du blive påvirket kognitivt. Man taler om kognitiv

reserve, som er hjernens evne til at bevare de kognitive funktioner på trods af sygdom, hvilket bl.a. hænger sammen med intelligens og uddannelsesniveau. Jo længere uddannelse og jo bedre arbejdsfunktion, og jo mere aktiv du er i dit sociale liv, jo bedre kognitiv reserve har du. Du kan på den måde også selv være med til at opbygge din kognitive reserve ved at holde fast i uddannelsen, arbejdet og dit sociale liv – på den måde ”sætter du ind på bankkontoen”, så du i svære tider, fx i forbindelse med en depression, har mere modstandskraft og en bedre sygdomsprognose, end hvis du har en lav kognitiv reserve, forklarer Kamilla Miskowiak.

For meget af den gode kortisol

Hvad det er, der helt præcis sker i hjernen, som forårsager kognitive skader hos mennesker, der har været ramt af flere svære depressioner, er endnu ikke fuldstændig kortlagt. Men noget tyder på, at stresshormonet kortisol spiller en rolle i en del tilfælde. Således viser undersøgelser af biologiske markører, at halvdelen af patienterne har en forhøjet aktivitet i den såkaldte HPA-akse, hvor kortisol udskilles.

– Hormonet kortisol er rigtig godt og hjælper os, når vi fx skal kæmpe, flygte fra farer eller gå til eksamen. Men det er ikke godt, når man får en kronisk høj mængde kortisol i kroppen, hvilket vi kan måle i blodprøver hos halvdelen af de patienter, der har været ramt af flere svære depressioner. De er ikke er i stand til at dæmpe mængden af kortisol i kroppen, når faren er drevet over og mangler så at sige en negativ feedback-mekanisme. Det har især en skadelig virkning i den del af hjernen, der hedder hippocampus, som er vigtig bl.a. for hukommelsen, siger Kamilla Miskowiak.

Processerne omkring den øgede mængde kortisol i kroppen forklarer imidlertid ikke det hele. Der er bl.a. også lavet videnskabelige studier, der viser, at man ved depressioner kan måle en let forhøjet betændelsestilstand i blodet. Dette antages også at have en negativ effekt på hjernen, ligesom man ved, at de proteiner, som er vigtige for hjernens regenerative processer, heller ikke fungerer, som de skal ved depression.

Der er derfor stadig et stykke vej at gå, før fagkundskaben vil sidde med et fuldt udbygget billede

af, hvad præcis det er, der sker i hjernen, når mennesker rammes af kognitive senfølger ved depressioner. En af udfordringerne er ifølge Kamilla Miskowiak, at man i mange år har behandlet patienter med depressioner på samme måde – ud fra en antagelse af, at depression er en og samme sygdom. En antagelse, hun mener, man er nødt til at revurdere.

– Depressioner er i virkeligheden mange ting og udtryk for forskelligartede sygdomsprocesser i hjernen, og depressionsramte har derfor også meget forskelligartede symptomer. I dag bruger vi IC10-klassifikationssystemet, hvor man skal have visse symptomer over en vis periode, før man får diagnosen klinisk depression. Hvis man har det, vil

man blive tilbudt behandling for depressionssymptomerne. Men man forsømmer ofte at diagnosticere og behandle de kognitive vanskeligheder, der er forbundet med en depression, siger hun.

Se symptomer frem for diagnose

Ud over flere og bedre videnskabelige longitudinelle studier af sammenhængen mellem depressioner og kognitive vanskeligheder efterlyser Kamilla Miskowiak derfor også en ny tilgang til behandlingen af patienter med psykiatriske diagnoser generelt. Patienter bør i højere grad behandles ud fra deres kognitive præstationer frem for deres individuelle diagnose.

– I USA er man begyndt at have en forsknings-tilgang, Research Domain Criteria (Rdoc), der har udgangspunkt i, at forskellige personer med samme diagnose kan have en palette af forskellige symptomer. Herunder kognitive vanskeligheder, anhedoni, problemer med sociale interaktioner eller med døgnrytmen. Rdoc er imidlertid endnu blot en ramme for forskningen i mentale lidelser og kan ikke erstatte de nuværende diagnosesystemer. Men tilgangen kan inspirere til større skræddersyning af behandling til den enkelte patient. Derfor bør behandlingen i højere grad skræddersys symptomerne frem for diagnosen. Men det er et meget tungt system at få vendt og en tankegang, hvor psykiske lidelser ikke længere skal ses som kategorier, ligger stadig langt væk. Vi ved ganske enkelt endnu heller ikke nok om neurobiologien ved mentale lidelser, siger hun.

Screening med SCIP

Skal mennesker, der har været igennem en eller flere depressioner, screenes for kognitive vanskeligheder, er det nødvendigt, at de udfører neuropsykologiske test. Det er ikke nok at have en samtale med patienterne, for ofte vil der være stor forskel på det, de fortæller, og det resultat, de vil få i en test.

Har man en depression, vil ens selvbillede, billede af verden og af fremtiden være negativt påvirket, og ofte vil man undervurdere sine hukommelsesevner. Men selv om en patient i en samtale giver udtryk for at have kognitive vanskeligheder, er det langt fra sikkert, at det er en patient, der rent faktisk er ramt af kognitive vanskeligheder.



– Det er ikke altid dem, der klager mest, der vil klare sig dårligst på neuropsykologiske test.

De kan også undervurdere sig selv på grund af selve depressionen. Derfor kan det ikke nytte kun at bruge deres subjektive fortællinger til at afgøre, om de har behov for yderligere behandling af kognitive vanskeligheder, siger Kamilla Miskowiak.

En fuld neuropsykologisk udredning vil imidlertid tage minimum et par timer at gennemføre. Det er der ikke ressourcer til i det danske sundhedssystem, og derfor skal der tænkes i andre baner for at få fanget de patienter, der har behov for yderligere hjælp i forhold til kognitive senfølger.

Kamilla Miskowiak og hendes kollegaer har derfor arbejdet med at oversætte og validere et screeningsredskab, der hedder SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry). Ved hjælp af dette kan man på 15 til 20 minutter identificere de patienter, der har brug for yderligere undersøgelser for kognitive vanskeligheder. SCIP ligger allerede klar til at blive brugt af sundhedsprofessionelle, men det skal kun bruges som en screening og kan ikke stå i stedet for en egentlig neuropsykologisk test, understreger hun.

EPO og evidens

I dag er der ikke megen hjælp at hente for de patienter, som efter en depression er ramt af senfølger på det kognitive område. Der mangler stadig afgørende forskning på området, der kan vise, at den behandling, man nogle steder er begyndt at benytte til patienterne, har en reel virkning.

En særligt lovende psykologisk behandling kaldes ”kognitiv remediering” og går ud på, at man træner hjernens kognitive funktioner. Dels ved øvelser på computer og dels ved at lære patienterne at kompensere for deres vanskeligheder på forskellig vis. Det kan fx være at lære at bruge kalenderen i sin telefon til at huske de ting, man har svært ved.

Også forskning i farmakologisk behandling med EPO viser lovende resultater, og Kamilla Miskowiak og hendes kollegaer er derfor i gang med et replikationsforsøg, hvor de skal se, om de kan genfinde den positive virkning på hukommelsen og hippocampus.

Kamilla Miskowiak synes, behandlingsmetoderne ser lovende ud, men som videnskabskvinde holder hun fast i, at der endnu ikke er tilstrækkelig med evidens for, at de er virksomme.

– Der har været mange studier uden kontrolgrupper, der viser forbedringer hos patienterne.

Men i randomiserede, kontrollerede studier har ingen endnu kunnet fastslå, at de, der trænes ved hjælp af kognitiv remediering eller får farmakologisk

behandling for kognitive vanskeligheder, klarer sig bedre end kontrolgruppen, siger hun.

En del af problemet er bl.a. påpeger Kamilla Miskowiak, at man i undersøgelserne ikke på forhånd har screenet patienterne for målbare kognitive vanskeligheder via neuropsykologiske test. Det påvirker selvsagt resultaterne, for hvis patienterne ingen reelle kognitive vanskeligheder har haft, kan der naturligt nok heller ikke måles nogen forbedringer i deres neuropsykologiske testpræstation.

Derfor er det afgørende, at der fremadrettet screenes fx med et objektivi redskab som SCIP, inden patienter inkluderes i videnskabelige forsøg. Det vil øge chancen for at finde en klinisk effekt.

Kognitive skader koster

Professor i klinisk psykiatri ved Københavns Universitet og overlæge ved Psykiatrisk Center Glostrup, Poul Videbech, bekræfter, at der i dag ikke findes solide behandlingstilbud til depressionsramte, der slås med kognitive skader. Derfor vil han og hans forskningsgruppe i disse år bl.a. arbejde med en app, der ved hjælp af kunstig intelligens har til formål at hjælpe denne patientgruppe med at genoptræne deres kognitive evner.

Men der vil gå en årrække, inden man står med evidente resultater. Det er ulykkeligt, for behovet for at kunne hjælpe denne gruppe er stort. Både på individplan og på socioøkonomisk plan.

– Vi ved ikke præcis, hvor mange mennesker det drejer sig om. Men man regner med, at depressioner koster Danmark 10 milliarder kroner årligt. Kun en fjerdedel af pengene går til behandling – resten til sociale foranstaltninger. Der er derfor virkelig noget at vinde ved at få hjulpet disse mennesker, som nemt kommer til at køre i ring i systemet, siger han.

En af årsagerne til, at disse mennesker ofte har svært ved at finde nyt fodfæste i livet efter deres sygdom, er ifølge Poul Videbech, at de ofte behandles forkert af sagsbehandlerne i kommunerne.

De vurderes raske, når de ikke længere er depressive og sendes så tilbage på arbejdsmarkedet, selvom de har store vanskeligheder med fx at koncentrere sig og huske. Når de oplever ikke at kunne præstere på arbejdspladsen, er det langt fra noget særsyn, at de får tilbagefald og igen må sygemeldes med en depression.

– Disse mennesker er meget følsomme over for stress, og det er svært for dem at overskue situationer, hvilket kan blive et stort handicap. Terapi har de oftest heller ikke stor gevinst af, for hvis ikke man kan huske, er det svært at modtage terapi, siger Poul Videbech og tilføjer, at kognitiv genoptræning og

copingstrategier, fx ved en neuropsykolog, sandsynligvis er vejen frem.

Kamilla Miskowiak påpeger, at der generelt er et behov for øget kendskab til de kognitive problematikker, der kan følge efter svære og/eller gentagne depressioner. Både hos de ramte selv, hos de pårørende og i befolkningen generelt.

– Det ville kunne hjælpe dem, der slås med de her ellers usynlige kognitive vanskeligheder efter depressioner til at få en bedre dagligdag. På andre mennesker kan de måske virke sløsedede og lige glade, selvom det slet ikke er det, der er tale om, når de fx må gå tilbage til supermarkedet for anden gang, fordi de har glemt at købe halvdelen af det, de skulle bruge. Hvis pårørende og kollegaerne på arbejdspladserne vidste, hvad de sloges med, ville de kunne vise større forståelse og omsorg, som ville betyde, at de ikke ligeså nemt røg ind i en ond spiral, hvor depressionen kommer tilbage igen og igen, siger hun og slår samtidig fast, hvad hendes første faglige milepæl på området er.

– Målet er at få udbredt SCIP-redskabet i Danmark til kognitiv screening af patienter, der har haft en svær depression, eller som har haft minimum to tidligere depressioner. Det skal ske helt automatisk, at man screenes – fx et par måneder efter udskrivelse. Så kunne der laves en udtalelse på baggrund heraf til arbejdspladsen, resultaterne kunne sendes til patientens privatpraktiserende psykiater, og der kunne gives psykoedukation til dem. Sådan som vi allerede gør det for patienter, der har været med i forskningsprojekter på Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet eller som går på Kompetencecenter for Affektive Lidelser på Rigshospitalet, siger hun. ●

