

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@bua.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitie bij bipolaire stoornissen: Een update van de literatuur voor de klinische praktijk

- ▶ Susan Zyto
- ▶ Nienke Jabben

- **Samenvatting** — Een aanzienlijk deel van de patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis lijdt aan cognitieve stoornissen tijdens stemmingsepisoden, maar ook daarbuiten, met een grote impact op het psychosociale herstel. De cognitieve stoornissen kunnen voorkomen in diverse domeinen, maar ook sociale cognitie lijkt bij sommige patiënten te zijn aangedaan. Er blijkt grote heterogeniteit te bestaan in cognitieve stoornissen bij de bipolaire stoornis en recent onderzoek wijst op het bestaan van subgroepen met verschillen in aard en ernst van het cognitief disfunctioneren. Over de oorzaken van de cognitieve problemen is nog veel onbekend, en onduidelijk is of er sprake is van progressie van de cognitieve stoornissen over tijd of dat deze eerder geassocieerd zijn met ernstigere subtypen van de bipolaire stoornis. Recent onderzoek toont aan dat de nadelige effecten van medicatie op cognitie gering zijn en dat medicatie over het algemeen geassocieerd is met een verbetering van de cognitie. Daarbij is er in toenemende mate aandacht voor de ontwikkeling van cognitieve interventies en remediatieprogramma's, die zich richten op het functioneel herstel van de patiënt met een bipolaire stoornis in de euthyme fase. In deze review pogen wij een klinisch toepasbaar overzicht te geven van de laatste stand van zaken aangaande deze thema's.

Inleiding

Bipolaire stoornissen zijn recidiverende stemmingsstoornissen die worden gekenmerkt door een of meer (hypo)manische episoden, in de meeste gevallen afgewisseld met depressieve episoden (voor criteria zie Box 1, p. 70). Een aanzienlijk deel van de patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis ervaart cognitieve klachten; tijdens stemmingsepisoden, maar ook daarbuiten. Wetenschappelijk onderzoek naar de aard en om-

BOX 1 Criteria voor de depressieve, manische en hypomanische episode volgens de DSM-5

Soort episode		Kenmerken
<p>Depressieve episode De symptomen duren minstens twee weken en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren</p>	<p>Kernsymptomen (minstens een)</p> <p>Bijkomende symptomen (vier of meer)</p>	<p>Sombere stemming Verminderde interesse of plezier</p> <p>Significant gewichtsverlies of -toename, of toe- of afgenomen eetlust Insomnia of hypersomnia Psychomotorische agitatie of vertraging Vermoeidheid of verlies van energie Gevoelens van waardeloosheid of schuld Verminderde concentratie of besluiteloosheid Doodsgedachten of suïcidegedachten</p>
<p>Manische episode De symptomen duren minstens één week (of elke duur, indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is) en veroorzaken significant lijden of beperkingen van het functioneren</p>	<p>Kernsymptomen (beide aanwezig)</p> <p>Bijkomende symptomen (drie of meer)</p>	<p>Abnormaal en persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming Abnormaal en persisterend verhoogde doelgerichte activiteit of energie</p> <p>Opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grandiositeit Verminderde slaapbehoefte Spreekdrang Gedachtevlucht Verhoogde afleidbaarheid Toegenomen activiteit of psychomotorische agitatie Activiteiten met sociaal pijnlijke gevolgen</p>
<p>Hypomanische episode</p>		<p>Kernsymptomen en bijkomende symptomen als bij een manische episode, maar er zijn geen psychotische verschijnselen en opname is niet noodzakelijk. De symptomen duren minstens vier dagen, en gaan gepaard met een onmiskenbare en waarneembare verandering van het functioneren, maar veroorzaken geen significante beperkingen van het functioneren</p>

vang van cognitieve stoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis bevestigt het bestaan van cognitieve stoornissen tijdens ziekte-episoden, maar toont ook het voortbestaan van cognitieve stoornissen tijdens de euthyme (stemmingsstabiele) fase van de ziekte (Cardenas e.a., 2016). Deze voortdurende cognitieve stoornissen zijn van grote invloed op de mate van functioneel herstel van patiënten. Met de groeiende belangstelling voor een bredere visie op herstel, is er dan ook in toenemende mate consensus dat diagnostiek en behandeling van cognitief disfunctioneren een belangrijke plaats verdienen in de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis.

Naar aanleiding van het recent verschenen nieuwe *Handboek bipolaire stemmingsstoornissen* (Kupka e.a., 2022) waarin een hoofdstuk over cognitief functioneren is opgenomen (Jabben & Zyto, 2022), proberen wij in dit artikel een voor neuropsychologen klinisch relevant overzicht te geven aangaande de aard, oorzaken, consequenties en behandeling van cognitieve stoornissen bij patiënten met een bipolaire stemmingsstoornis.

Stoornissen in neuro- en sociaalcognitief functioneren

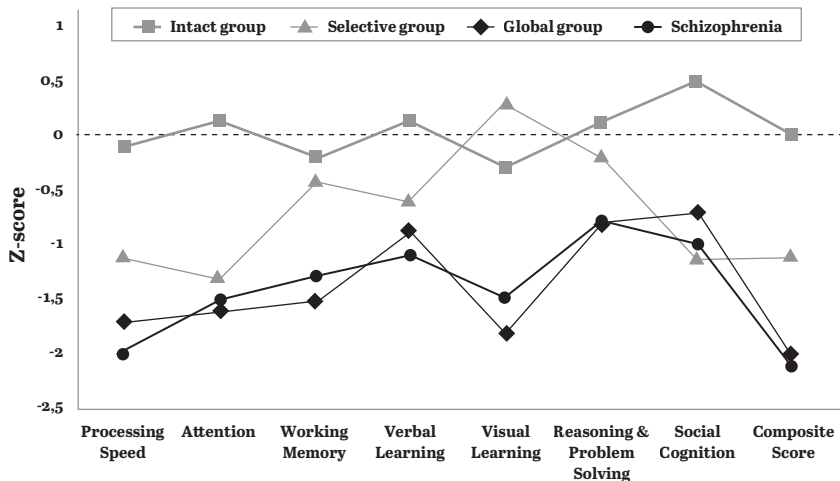
Tijdens manische, depressieve en gemengde fasen van de bipolaire stoornis komen neurocognitieve stoornissen voor op diverse cognitieve domeinen. Deze stoornissen tijdens ziekte-episoden kunnen ernstig zijn ($> 2 SD$ onder het gemiddelde) en worden vooral gevonden in verbaal leren en geheugen, aandacht, taal en executief functioneren (Martinez-Aran e.a., 2004). Hoewel het optreden van cognitieve stoornissen tijdens de ziekte weinig verrassend is, is de laatste decennia duidelijk geworden dat neurocognitieve stoornissen bij een deel van de patiënten met een bipolaire stoornis kunnen blijven bestaan tijdens de euthyme, stemmingsstabiele fase. Het gaat hierbij voornamelijk over stoornissen in aandacht, verwerkingssnelheid, verbaal geheugen en executieve functies met matig tot grote effect sizes ($> 0,5$ Cohen's d) wanneer bipolaire patiënten worden vergeleken met een gezonde controlegroep (Cardenas e.a., 2016). Dit duidt erop dat cognitieve stoornissen bij de bipolaire stoornis dus onafhankelijk van de ziektesymptomen kunnen optreden en een meer stabiel kenmerk van de bipolaire stoornis vormen.

Behalve cognitieve stoornissen worden er bij patiënten met een bipolaire stoornis ook problemen gevonden in het interpreteren van sociale en emotionele informatie. In een grote systematische review naar affectieve cognitie bij de bipolaire stoornis, uitgevoerd door de werkgroep cognitie van de International Society of Bipolar Disorders (ISBD) (Miskowiak

e.a., 2019), worden problemen met het herkennen van emotie in gezichts-uitdrukkingen gerapporteerd. Dit probleem doet zich voor in alle fasen van de stemming, zonder dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen stemming en het soort fouten in emotieherkenning. Ook bestaan er bij patiënten met een bipolaire stoornis afwijkingen in impliciete emotieregulatie. In de euthyme fase wordt een sterkere selectieve aandacht in de richting van emotionele stimuli ten opzichte van neutrale informatie gevonden, wat een deel van de kwetsbaarheid voor (nieuwe) stemmingsontregeling zou kunnen verklaren. Tevens blijkt de Theory of Mind (ToM) tijdens manische stemmingsepisoden duidelijk verstoord, wat aansluit bij de klinische indruk dat patiënten in een manie niet meer goed afstemmen op de ander en een gebrekkig (ziekte)inzicht vertonen (Bora e.a., 2016). Ook in de stabiele fase van de bipolaire stoornis kunnen problemen met ToM blijven bestaan, wat mogelijk (deels) een verklaring kan bieden voor psychosociale problemen in perioden van remissie.

Subgroepen

In veel studies naar neuro- en affectieve cognitieve stoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis werden de patiënten als één groep onderzocht. Er lijkt echter sprake te zijn van grote 'cognitieve heterogeniteit' bij patiënten met een bipolaire stoornis; niet alle patiënten hebben en houden dezelfde cognitieve stoornissen. Uit recente studies komt naar voren



FIGUUR 1 Cognitieve profielen van de drie subgroepen en vergelijking met patiënten met schizofrenie (uit Burdick e.a., 2014, met toestemming Cambridge University Press)

dat in de euthyme fase van de ziekte zo'n 12 tot 40% van de patiënten globale cognitieve functiestoornissen heeft, 29 tot 40% selectieve afwijkingen vertoont in aandacht en psychomotore snelheid, en dat 32 tot 48% relatief cognitief intact is in vergelijking met een gezonde controlegroep (Burdick e.a. 2014; Miskowiak e.a., 2018) (zie Figuur 1). Dergelijke bevindingen passen bij het bestaan van klinische heterogeniteit tussen patiënten met eenzelfde classificatie (te weten een bipolaire stoornis) waarbij waarschijnlijk uiteenlopende etiologische factoren betrokken zijn. Door de impact van de cognitieve functiestoornissen op het psychosociaal herstel is het van groot belang die patiënten te identificeren die aanzienlijke en aanhoudende cognitieve problemen ondervinden. Daarom is het belangrijk te kijken naar hoe de cognitieve stoornissen bij de bipolaire stoornis te verklaren zijn.

Oorzaken van cognitieve stoornissen

Het is onduidelijk wat de oorzaak is van cognitieve stoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis: meerdere factoren lijken een rol te spelen die ook tussen patiënten met een bipolaire stoornis lijken te kunnen verschillen.

Diverse crosssectionele studies hebben aangetoond dat bipolaire patiënten met frequentere stemmingsepisoden ernstiger cognitieve stoornissen hebben (Cardoso e.a., 2015) en dat psychotische symptomen in de voorgeschiedenis geassocieerd zijn met grotere cognitieve afwijkingen (Bora, 2018). Dit zou kunnen duiden op een achteruitgang van cognitieve stoornissen over tijd – ziekteprogressie –, die is gerelateerd aan de aard en frequentie van de stemmingstoornissen, mogelijk door een toename van 'biologische toxiciteit' ten gevolge van ernstige ziekte-episoden. Deze ziekteprogressie wordt onder andere beschreven in modellen van stadiëring van de bipolaire stoornis (Berk e.a., 2007; Kapczinski e.a., 2014), waarbij de patiënt aan de hand van de ernst van de ziekte in verschillende stadia wordt ingedeeld, en in latere fasen de ziekte in toenemende mate met een ernstiger, meer recidiverend en soms ook therapieresistenter beloop gepaard gaat. Men gaat ervan uit dat ongeveer de helft van de patiënten met ziekteprogressie te maken krijgt (Kapczinski e.a., 2014).

Het is echter ook goed mogelijk dat de ernstige cognitieve stoornissen bij patiënten met veelvuldige stemmingsepisoden duiden op de aanwezigheid van een onderliggend ernstiger subtype, in plaats van dat deze het causale gevolg zijn van ziekteprogressie. Dit past bij bevindingen dat patiënten met ernstiger cognitieve functiestoornissen ook andere aanwijzingen voor een ernstiger ziekte-type hebben, zoals het ontstaan van de ziekte op jongere leeftijd, veel en ernstige (psychotische) episoden, chro-

niciteit en meerdere ziekenhuisopnamen (Van Rheenen e.a., 2020). Bovendien tonen de longitudinale studies die eenzelfde groep patiënten met een bipolaire stoornis over langere tijd volgden, nauwelijks bewijs voor achteruitgang in het cognitief functioneren tijdens het ziektebeloop. Uit meta-analyses blijkt vooral cognitieve stabiliteit tijdens het beloop, in tegenstelling tot verslechtering. Hierbij worden cognitieve functiestoornissen (met kleine tot grote effecten in alle cognitieve domeinen) al gevonden na een eerste stemmingsepisode, maar bestaat er geen duidelijke evidentie voor de aanwezigheid van premorbide cognitieve functiestoornissen (Szmulewicz e.a., 2020). Gecombineerd met bevindingen van (kleine maar significante) cognitieve afwijkingen in risicopopulaties (bijvoorbeeld gezonde eerstegraadsverwanten van bipolaire patiënten), onderschrijft dit het idee dat de cognitieve stoornissen niet in de eerste plaats het gevolg zijn van ziekteprogressie-effecten, maar vooral samenhangen met een vanuit aanleg aanwezige (neurobiologische) kwetsbaarheid.

Toch lijkt er sprake te zijn van het bestaan van een kleine subgroep patiënten met frequente episoden, waarbij de impact van herhaalde (vooral manische) episoden een rol kan spelen in het ontstaan en verergeren van cognitieve achteruitgang. Dit lijkt echter selectief te gelden voor executieve functies, die meer gevoelig blijken voor de impact van ziekteprogressie (Van Rheenen e.a., 2020).

Effect van medicatie

Aangezien farmacotherapie een belangrijke rol speelt in de behandeling van een bipolaire stoornis is het goed de mogelijk nadelige effecten van medicatie op het cognitief functioneren in ogenschouw te nemen, ook omdat eventuele misverstanden hieromtrent effect kunnen hebben op therapietrouw. Uit onderzoek komt naar voren dat in de behandeling van bipolaire stemmingsepisoden medicatie over het algemeen geassocieerd is met een verbetering van de cognitie die secundair is aan het verminderen van stemmingssymptomen (Xu e.a., 2020).

Betrouwbaar onderzoek naar de invloed van medicatie op cognitie in de euthyme fase van de ziekte is echter moeilijk omdat het lastig is te controleren voor factoren zoals het natuurlijke beloop van de aandoening, de invloed van ziekte-ernst, eerdere behandelingen, comorbiditeit, rest-symptomen en andere (psycho)medicatie. Middel van eerste keus bij de behandeling van bipolaire stoornissen is lithium. Hoewel bij het gebruik van lithium door patiënten vaak cognitieve vervlakking en traagheid worden vermeld tonen meta-analyses bij euthyme patiënten slechts mini-

male negatieve effecten van lithium op verbaal geheugen en psychomotorische snelheid (Xu e.a., 2020). Bovendien blijkt uit een recent onderzoek onder een groot aantal patiënten dat lithium-monotherapie geen nadelige invloed heeft op de cognitie en zelfs gunstig was voor het neurocognitief functioneren op de langere termijn (Burdick e.a., 2020). In vergelijking met patiënten die worden behandeld met andere stemmingsstabilisatoren en antipsychotica blijkt het cognitief functioneren op het gebied van aandacht, geheugen en de meeste executieve functies beter intact bij patiënten die lithium gebruiken (Xu e.a., 2020).

Aangezien een effectieve stemmingsstabilisatie geassocieerd is met een verbetering in het cognitief functioneren, is het belangrijk in de behandeling hierover goed uitleg te geven om zo samen met de patiënt de afweging te kunnen maken tussen het risico op terugval bij het staken van medicatie versus het ervaren van lichte cognitieve bijwerkingen. Daarbij is het zinvol te onderzoeken welke middelen het minst negatieve cognitieve bijwerkingenprofiel hebben en waar mogelijk (onnodige) polyfarmacie te vermijden (Dias e.a., 2012).

Impact op psychosociaal functioneren

De aanhoudende cognitieve stoornissen hebben vaak een nadelige invloed op de kwaliteit van leven en op sociaal en beroepsmatig functioneren van patiënten. Stoornissen in geheugen en executief functioneren blijken bij patiënten met een bipolaire stoornis zelfs een sterkere voorspeller te zijn voor hun arbeidsstatus dan de stemmingssymptomen of sociodemografische factoren (Tse e.a., 2014). Achteruitgang in beroepsmatig functioneren bleek specifiek gerelateerd aan een afgenomen tempo van informatieverwerking en een verminderd executief functioneren. Dat deze associaties werden gevonden bij stabiele patiënten impliceert dat dit onafhankelijk is van actuele stemmingsproblematiek (Baune & Malhi, 2017). Wanneer euthyme patiënten worden onderverdeeld in de eerder beschreven cognitieve subgroepen, dus een groep met globale stoornissen, een groep met selectieve stoornissen en een groep met intact cognitief functioneren, scoren de eerste twee groepen duidelijk slechter op het gebied van kwaliteit van leven, stress en sociale en beroepsmatige aanpassing dan de cognitief intacte groep (Jensen e.a., 2016).

Interessant is dat de ernst van de cognitieve stoornissen tijdens een manische of depressieve stemmingsepisode voorspellend blijkt te zijn voor toekomstige problemen in het psychosociaal en beroepsmatig functioneren. Daarmee blijkt het niveau van cognitief functioneren van symptomatische patiënten meer voorspellend voor het functioneel herstel na

de episode dan de ernst van de stemmingssymptomen tijdens de episode. Cognitief functioneren kan op deze manier beschouwd worden als een prognostische marker voor het niveau van psychosociaal herstel na een stemmingsepisode (Baune & Malhi, 2017).

Functionele en cognitieve remediatiebehandeling

Er is in de behandeling voor patiënten met chronische stemmingsstoornissen toenemende aandacht voor functioneel herstel en het verbeteren van de kwaliteit van leven, naast herstel van de stemmingssymptomen. Daar waar symptomatisch herstel vaak mogelijk is, blijft functioneel herstel regelmatig achter, wat blijkt uit aanhoudende problemen in beroepsmatig en sociaal functioneren, ook in stemmingstabiele perioden. Om herstel van psychosociaal functioneren te bevorderen, is er het laatste decennium toenemende aandacht voor functionele remediatiebehandeling. Deze behandeling is een vorm van neuropsychologische revalidatie die zich richt op het herstel van het functioneren door het aanleren van cognitieve compensatiestrategieën die in het dagelijks leven kunnen worden ingezet. De strategieën die gebruikt worden zijn afkomstig van de neuropsychologische revalidatiebehandelingen voor niet-aangeboren hersenletsel (Sohlberg & Meteer, 2001). Een andere behandelvariant van 'cognitieve remediatie' (CR) is het direct trainen van de cognitieve functie zelf, soms door *drill and practice*, met behulp van speciaal ontworpen computerspelletjes (Demant e.a., 2015a). Bij het gebruik van dergelijke computerspelletjes wordt verondersteld dat het oefenen van een functie tot neuronale veranderingen leidt door de plasticiteit van het brein, waardoor de cognitieve functie zelf verbetert en vervolgens generaliseert naar het dagelijks functioneren. Een review van elf studies naar de effecten van cognitieve en functionele remediatie bij de bipolaire stoornis (Bellani e.a., 2019) toont positieve effecten van de verschillende interventies op het gebied van werk, relatie en algemeen psychosociaal functioneren. Uit een follow-upstudie een jaar na een interventie met functionele remediatie bleek dat de positieve veranderingen in het psychosociaal functioneren bleven bestaan (Bonnin e.a., 2016).

Het onderzoeksveld naar functionele en cognitieve remediatie bij patiënten met een bipolaire stoornis is relatief jong, waardoor het aantal studies tot nu toe beperkt is. In Nederland is er voornamelijk alleen een pilot met functionele remediatie uitgevoerd, die positief werd ontvangen door de patiënten en gunstige voorlopige resultaten gaf op het gebied van autonomie en werk (Zyto e.a., 2016). Momenteel loopt door dezelfde onderzoeksgroep een pilot met een *blended care* functionele remediatiepro-

gramma als voorstudie voor een multicenter Randomized Controlled Trial (RCT).

Neuropsychologische praktijk

Een belangrijke reden voor het neuropsychologisch onderzoek binnen de psychiatrie en bij patiënten met een bipolaire stoornis, is om onderscheid te maken tussen de verschillende al dan niet verstoorde cognitieve domeinen en om psycho-educatie en ondersteuning in het dagelijks leven te kunnen bieden. De praktijk leert ons dat patiënten regelmatig aangeven problemen te hebben met het 'geheugen', waarbij dit gebruikt wordt als verzamelnaam voor verschillende cognitieve problemen. Daarnaast worden regelmatig subjectieve cognitieve klachten gerapporteerd, die slecht blijken te correleren met objectieve cognitieve functiestoornissen in testonderzoek en eerder samenhangen met persoonskenmerken en met subklinische stemmingssymptomen (Demant e.a., 2015b; Miskowiak e.a., 2016). Als een patiënt met een bipolaire stoornis cognitieve klachten rapporteert betekent dit dus niet dat er ook objectiveerbare cognitieve stoornissen aanwezig zijn. Bovendien is het omgekeerde ook het geval en worden aanwezige cognitieve stoornissen lang niet altijd door de patiënt opgemerkt ten gevolge van een gebrekkig ziekte-inzicht.

Een ander belangrijk doel voor het doen van neuropsychologisch testonderzoek is om ongerustheid weg te nemen bij patiënten die vrezen aan een dementieel syndroom te lijden. Het komt ook voor dat patiënten medicatie willen staken omdat deze (soms onterecht) als oorzaak wordt gezien voor de cognitieve klachten. In gevallen wanneer de soort medicatie, vaak polyfarmacie, een rol kan spelen in het voortbestaan van cognitieve problemen kan het onderzoek dienen om de cognitieve effecten van het afbouwen of wisselen van de medicatie te evalueren. Ook het uitsluiten van andere oorzaken van cognitieve stoornissen is een belangrijke indicatie voor een neuropsychologisch onderzoek gezien de grote mate van somatische comorbiditeit zoals diabetes, hart- en vaatziekten, schildklierproblemen en alcoholmisbruik bij patiënten met een bipolaire stoornis.

Bij het uitvoeren van een neuropsychologisch onderzoek is het belangrijk om rekening te houden met de actuele stemming van de patiënt. Het is aan te bevelen om in de euthyme fase te testen (Hamilton Depression Rating scale; HDRS < 14), minstens twee tot drie maanden na het symptomatische herstel van de stemmingsepisode. In de richtlijnen die zijn opgesteld door de werkgroep cognitie van de International Society for Bipolar Disorders, wordt aanbevolen om een breed neuropsychologisch onderzoek in te zetten naar het tempo van informatieverwerking, verbaal

en visueel geheugen, werkgeheugen, aandacht en executief functioneren. Neuropsychologische taken die consistent gevoelig zijn gebleken voor de cognitieve stoornissen bij bipolaire stoornissen zijn verbale leer- en geheugentaken, cijferreeksen (Wechsler Adult Intelligence Scale; WAIS-IV) en de Trail Making Test deel B (TMT-B) (Cardenas e.a., 2016).

Zoals altijd is het belangrijk om de cognitieve problemen in het dagelijks leven in kaart te brengen om de geobjectiveerde stoornissen te kunnen vertalen naar de context van de patiënt om zo het inzicht te vergroten en gerichte ondersteuning te kunnen bieden in het dagelijks functioneren. Men moet rekening houden met het feit dat ook subtiele problemen in de cognitie kunnen leiden tot verminderd beroepsmatig functioneren, vooral bij patiënten met een hoog premorbide uitgangsniveau, ook in de afwezigheid van objectiveerbare stoornissen in een neuropsychologisch testonderzoek.

Tot besluit

Dat er bij een groot deel van de patiënten met een bipolaire stoornis ook in de euthyme fase van de ziekte aanhoudende cognitieve stoornissen bestaan is de laatste decennia duidelijk aangetoond. Uit recentere inzichten blijkt dat het vermogen tot sociale cognitie en emotieregulatie eveneens aangedaan kan zijn. Bij een deel van de patiënten betreft het lichtere beperkingen in het cognitief functioneren en bij subgroepen meer globale en ernstige stoornissen. Door de impact op het dagelijks functioneren is het voor de praktijk belangrijk om de cognitieve stoornissen (vaker) te onderkennen en neuropsychologisch te onderzoeken. Er kan dan gerichte ondersteuning worden geboden om de impact op het psychosociaal functioneren te beperken, al dan niet door middel van functionele remediatieprogramma's, die steeds meer in opkomst zijn.

Susan Zyto klinisch neuropsycholoog, GGZ NHN, Dijklander Ziekenhuis, Hoorn; externe promovenda Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling psychiatrie, e-mail: s.zyto@ggz-nhn.nl.

Nienke Jabben GZ-psycholoog i.o. klinisch psycholoog, Zuyderland GGZ, Sittard-Geleen.

Literatuur

Baune, B.T. & Malhi, G.S. (2017). A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general func-

tional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17, Suppl 2, 41-55.

Bellani, M., Biagianti, B., Zovette, N., Rossetti, M.G., Bressi, C., Perlini, C. & Brambilla, P. (2019). The effects of cognitive re-

- mediation on cognitive abilities and real-world functioning among people with bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 691-697.
- Berk, M., Conus, P., Lucas, N., Hallam, K., Mahli, G.S., Dodd, S., Yatham, L.N., Yung, A. & McGorry, P. (2007). Setting the stage: From prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 671-678.
- Bonnin, C.M., Torrent, C., Arango, C., Amann, B.L., Solé, B., González-Pinto, A., Crespo, J.M., Tabarés-Seisdedos, R., Reinares, M., Ayuso-Mateos, J.L., García-Portilla, M.P., Ibañez, Á., Salameiro, M., Vieta, E., Martínez-Aran, A. & CIBERSAM Functional Remediation Group (2016). Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 208(1), 87-93. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162123. Epub 2015 Nov 5. PMID: 26541692.
- Bora, E. (2018). Neurocognitive features in clinical subgroups of bipolar disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 229, 125-134.
- Bora, E., Bartholomeusz, C. & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of theory of mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 46(2), 253-264.
- Burdick, K.E., Millett, C.E., Russo, A., Alda, M., Alliey-Rodriguez, N., Anand, A., ... Kessing, L.V. (2020). The association between lithium use and neurocognitive performance in patients with bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology*, 45(10), 1743-1749.
- Burdick, K.E., Russo, M., Frangou, S., Mahon, K., Braga, R.J., Shanahan, M. & Malhotra, A.K. (2014). Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in bipolar disorder: Clinical implications. *Psychological Medicine*, 44(14), 3083-3096.
- Cardenas, S.A., Kassem, L., Brotman, M.A., Leibenluft, E. & McMahon F.J. (2016). Neurocognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives: A review of the literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69, 193-215.
- Cardoso, T., Bauer, I.E., Meyer, T.D., Kapczinski, F. & Soares, J.C. (2015). Neuroprogression and cognitive functioning in bipolar disorder: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 17(9), 75.
- Demant, K.M., Vinberg, M., Kessing, L.V. & Miskowiak, K.W. (2015a). Effects of short-term cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted individuals with bipolar disorder: Results of a randomised controlled trial. *PLoS One*, 10(6), e0127955.
- Demant, K.M., Vinberg, M., Kessing, L.V. & Miskowiak, K.W. (2015b). Assessment of subjective and objective cognitive function in bipolar disorder: Correlations, predictors and the relation to psychosocial function. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 565-571.
- Dias, V.V., Balanzá-Martinez, V., Soeiro-de-Souza, M.G., Moreno, R.A., Figueira, M.L., Machado-Vieira, R. & Vieta, E. (2012). Pharmacological approaches in bipolar disorders and the impact on cognition: a critical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(5), 315-331. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01910.x. Epub 2012 Aug 10. PMID: 22881296.
- Jabben, N. & Zyto, S., (2022). Hoofdstuk 10: Cognitiefunctie. In: R.W. Kupka, M. Hillegers, M. Koenders & P. Sienaert (red.) *Handboek bipolaire stemmingsstoornissen* (2^e herziene druk, pp. 199-211). Amsterdam: Boom Psychologie.
- Jensen, J.H., Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L.V. & Miskowiak, K.W. (2016). Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities. *Journal of Affective Disorders*, 15, 378-386.
- Kapczinski, F., Magalhães, P.V., Balanzá-Martinez, V., Dias, V.V., Frangou, S., Gama, C.S., Gonzalez-Pinto, A., Grande, I., Ha, K., Kauer-Sant'Anna, M., Kunz, M., Kupka, R., Leboyer, M., Lopez-Jaramillo, C., Post, R.M., Rybakowski, J.K., Scott, J., Strejilevitch, S., Tohen, M., ... Berk, M. (2014). Staging systems in bipolar disorder: an International Society for Bipolar Disorders Task Force Report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 354-363.
- Kupka, R.W., Hillegers, M., Koenders, M. & Sienaert, P. (red.), (2022). *Handboek bipo-*

- laire stemmingsstoornissen (2e herziene druk). Amsterdam: Boom Psychologie.
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J.M., Comes, M. & Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 262-270.
- Miskowiak, K.W., Burdick, K.E., Martinez-Aran, A., Bonnin, C.M., Bowie, C.R., Carvalho, A.F., Gallagher, P., Lafer, B., López-Jaramillo, C., Sumiyoshi, T., McIntyre, R.S., Schaffer, A., Porter, R.J., Purdon, S., Torres, I.J., Young, A.H., Kessing, L.V. & Vieta, E. (2018). Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations for clinicians. *Bipolar Disorders*, 20, 184-194.
- Miskowiak, K.W., Petersen, J.Z., Ott, C.V., Knorr, U., Kessing, L.V., Gallagher, G. & Robinson, L. (2016). Predictors of the discrepancy between objective and subjective cognition in bipolar disorder: A novel methodology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 511-521.
- Miskowiak, K.W., Seeberg, I., Kjaerstad, H.L., Burdick, K.E., Martinez-Aran, A., Bonnin, C., Bowie, C.R., Carvalho, A.F., Gallagher, P., Hasler, G., Lafer, B., López-Jaramillo, C., Sumiyoshi, T., McIntyre, R.S., Schaffer, A., Porter, R.J., Purdon, S., Torres, I.J., Yatham, L.N., ... Vieta, E. (2019). Affective cognition in bipolar disorder: A systematic review by the ISBD targeting cognition task force. *Bipolar Disorders*, 21, 686-719.
- Rheenen, T.E. van, Lewandowski, K., Bauer, I.E., Kapczinski, F., Miskowiak, K., Burdick, K.E. & Balanzá-Martínez, V. (2020). Current understandings of the trajectory and emerging correlates of cognitive impairment in bipolar disorder: An overview of the evidence. *Bipolar Disorders*, 22, 13-27.
- Sohlberg, M.K.M. & Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Szmulewicz, A., Valerio, M.P. & Martino, D.J. (2020). Longitudinal analysis of cognitive performance in recent-onset and late-life bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disorders*, 22, 28-37.
- Tse, S., Chan, S., Ng, K.L. & Yatham, L.N. (2014). Meta-analysis of predictors of favorable employment outcomes among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16(3), 217-229.
- Xu, N., Huggon, B. & Saunders, K.E.A. (2020). Cognitive impairment in patients with bipolar disorder: Impact of pharmacological treatment. *CNS Drugs*, 34, 29-46.
- Zyto, S., Jabben, N., Schulte, P.F.J., Regeer, E.J. & Kupka, R.W. (2016). A pilot study of a combined group and individual functional remediation program for patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 194, 9-15.