

Om bipolar lidelse

Av professor dr. med Ole A. Andreassen, professor og psykiater Gunnar Morken og psykologspesialist Sara E. Lindholm.

Utarbeidet som del av Bipolar Kurspakke. Støttet av Helse og Rehab

1. HVA ER BIPOLAR LIDELSE?	3
2. DIAGNOSTISERING AV BIPOLAR LIDELSE	3
STEMNINGSLIDELSER	3
GRUNNLAG FOR DIAGNOSE.....	4
LIVSTIDSDIAGNOSE.....	4
AKTUELL EPISODE	5
MØNSTER.....	5
3. UTBREDELSE	6
4. FORLØP OG PROGNOSE	6
DEBUTALDER.....	6
FORLØP OG PROGNOSE	6
5. KOMORBIDITET	7
6. ÅRSAKER TIL BIPOLAR LIDELSE	7
DET BIOLOGISKE GRUNNLAGET FOR BIPOLAR LIDELSE.....	8
<i>Arv er viktigste årsak, men hva arver man?</i>	8
<i>Hva sier nyeste forskning?</i>	8
<i>Sykdomsmekanisme I - funksjonssvikt i hjerneområder</i>	8
<i>Sykdomsmekanisme II - signalforstyrrelser</i>	9
UTLØSENDE ÅRSAKER TIL BIPOLAR LIDELSE.....	9
<i>Stress og sårbarhet</i>	9
7. MANI	10
MANI – DIAGNOSTISKE KRITERIER.....	10
8. HYPOMANI	11
HYPOMANI – DIAGNOSTISKE KRITERIER	11
9. DEPRESJON	12
DEPRESJON – DIAGNOSTISKE KRITERIER	12
10. SUICIDALITET	13
SELVMORDSTANKER SOM SYMPTOM	13
KRISEPLAN VED SELVMORDSTANKER	13
11. BLANDET TILSTAND	14
SYMPTOMER PÅ BLANDET TILSTAND.....	14
12. PSYKOSE	14
13. KOGNITIVE, FØLELSMESSIGE OG ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED BIPOLAR LIDELSE	15
SAMMENHENGEN MELLOM KOGNISJON, FØLELSER OG ATFERD	15
AUTOMATISKE TANKER.....	16
KOGNITIVE FEILTOLKNINGER	17
TANKEMESSIGE FORANDRINGER VED MANI/HYPOMANI.....	17
<i>Overoptimisme og grandiositet</i>	17
<i>Mistenksomhet</i>	18
<i>Økt tankeflyt og distraherbarhet</i>	18
<i>Sanseendringer</i>	19

<i>Kognitive feiltolkninger ved mani/hypomani</i>	19
ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED MANI	20
<i>Irritabilitet og aggressivitet</i>	20
<i>Søvnforstyrrelse</i>	20
<i>Kjøpetrang</i>	20
<i>Alkohol- og rusmisbruk</i>	21
<i>Økt interesse, ideer og aktivitet</i>	21
TANKEMESSIGE FORANDRINGER VED DEPRESJON.....	21
<i>Negativitet</i>	21
<i>Kognitive feiltolkninger</i>	21
ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED DEPRESJON.....	23
<i>Depresjonsspiralen og apati</i>	23
14. BEHANDLING AV BIPOLARE LIDELSER.....	24
14.1 MEDIKAMENTELL BEHANDLING	24
AKUTT- ELLER VEDLIKEHOLDSBEHANDLING.....	24
ULIKE TYPER MEDIKAMENTER	25
<i>Stemningsstabiliserende medikament</i>	25
<i>Antidepressiva</i>	26
<i>Antipsykotika</i>	26
<i>Anxiolytika</i>	27
<i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	27
<i>Mulige bivirkninger</i>	28
<i>Hyppige årsaker til å avbryte behandling eller ikke ta imot behandling</i>	29
MULIGE ÅRSAKER TIL MANGLENDE EFFEKT AV MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	30
14.2 PSYKOSOSIAL BEHANDLING.....	32
PSYKOTERAPI.....	32
<i>Andre psykososiale behandlingsformer</i>	32
<i>Effektive psykososiale tiltak ved bipolar lidelse</i>	33
<i>Bipolar lidelse og juss</i>	33
<i>Sosiale og trygdemessige forhold</i>	35
15. Å LEVE MED BIPOLAR LIDELSE	35
REGELMESSIG SØVN OG SOSIAL RYTME	35
KOSTHOLD.....	35
MOSJON	36
BRUK OG MISBRUK AV ALKOHOL OG ANDRE RUSMIDLER.....	36
STRESS.....	38
<i>Hva er stress?</i>	38
<i>Stress som en subjektiv vurdering</i>	39
<i>Store livshendelser</i>	39
16. AVSLUTNING	40
KILDEHENVISNING:.....	41

Om bipolar lidelse

1. Hva er bipolar lidelse?

Bipolar lidelse, tidligere kjent som *manisk depressiv lidelse*, er en alvorlig og kronisk psykisk lidelse, som i perioder fører til unormalt store svingninger i en persons stemningsleie, humør og energinivå, og evne til å fungere sosialt og yrkesmessig. Lidelsen kan ha store konsekvenser for nære relasjoner, utdanning, arbeidsevne og privatøkonomi. Ikke minst er lidelsen alvorlig på grunn av faren for selvmord og ulykker. Selvmordsfaren i de depressive fasene av sykdommen er 35 ganger høyere enn i resten av befolkningen.

Over 40 000 personer i Norge (1% av befolkningen over 18 år) lever i dag med den alvorligste varianten av bipolar lidelse (Bipolar I: Manisk-depressiv lidelse). Tallet er enda høyere hvis vi tar med alle undergrupperinger av bipolar lidelse (mildere eller atypiske varianter). Det er store individuelle forskjeller på hvordan sykdommen debuterer og forløper. De første symptomene på bipolar lidelse kan være vanskelig å tyde, og mange personer går derfor ubehandlet i mange år. Noen får stilt feil diagnose og kommer derfor heller ikke i gang med rett type behandling. På samme måte som diabetes og hjertelidelser, er bipolar lidelse en sykdom som krever grundig utredning og diagnostisering, og for mange innebærer en bipolar lidelse behandling resten av livet.

Til tross for at vi i dag ikke kan kurere bipolar lidelse, finnes det en rekke gode medikamentelle og psykologiske behandlingsmetoder som kan holde sykdommen i sjakk. Med riktig behandling i de ulike fasene av sykdommen, kan man leve et tilnærmet normalt og fullverdig liv med en bipolar lidelse.

Historien har vist at mange kjente personer fra politikk og kulturliv har hatt former av bipolar lidelse.



De mest kjente er kunstmaleren Vincent van Gogh, forfatteren Ernest Hemingway, Henrik Wergerland og komponisten Chopin. Dette kan tyde på at kreativitet og målrettet personlighet på et eller annet vis er forbundet med lidelsen.

Den svenske kunstmaleren Carl Larsson hadde bipolar lidelse. Han malte aldri da han var deprimert. Bildene hans er lyse og idylliske, med evig sommer og lykkelig familieliv.

2. Diagnostisering av bipolar lidelse

Stemningslidelser

Bipolar lidelse er klassifisert under **stemningslidelser** eller affektive lidelser i ICD-10 (Det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet utgitt av Verdens helseorganisasjon - WHO).

Stemningslidelser er en samlebetegnelse for ulike typer lidelser, men har til felles at de preges av store svingninger i humør. Avhengig av hvilke symptomer du har, kan stemningslidelser deles inn i to hovedgrupper:

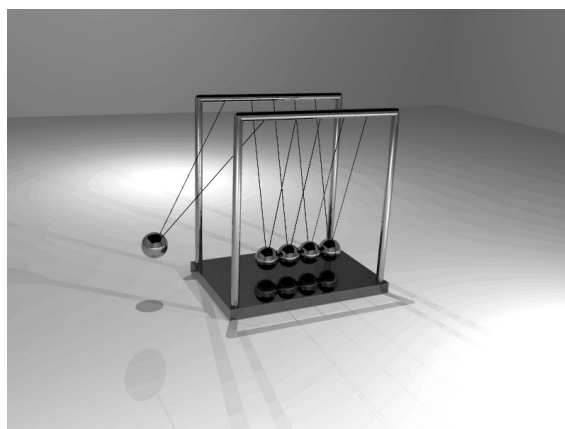
1. **Unipolar**, hvor man kun har hatt én eller flere episoder med **depresjon** (av mild, moderat eller alvorlig grad).
2. **Bipolar**, som innebærer **svingninger** i stemningsleiet mellom to ytterpunkter, episoder med mani/hypomani og episoder med depresjon.

Det finnes ingen blodprøve eller røntgenbilde som kan hjelpe med å stille diagnosen. Derfor har man kun informasjon om hvordan sykdommen har artet seg til å bruke i diagnosearbeidet. For å få disse opplysningene må man utføre et diagnostisk intervju hvor man systematisk går gjennom sykehistorien, dvs. hvilke symptomer man har hatt, hvor lenge de varte, om det var forskjellige symptomer samtidig. Ofte kan det være vanskelig å huske detaljer fra langt tilbake i tid, og noen ganger er det vanskelig å vite hvordan symptomene var og hvordan de virket på andre. Derfor er det også viktig å få opplysninger fra pårørende. Den viktigste informasjonen kommer ofte fra den mest alvorlige sykdomsepisoden.

Diagnostisering av bipolar lidelse kan være vanskelig. Ofte klarer man i starten kun å fastslå at det finnes en viss sannsynlighet for at lidelsen er tilstede. Deretter brukes forløpet og effekt av behandling for å avgjøre om lidelsen er til stede.

Mer enn halvparten av alle pasienter med en bipolar lidelse starter sitt forløp med en depressiv episode. Dette skaper problemer i forhold til å sette rett diagnose, fordi man kun har holdepunkter for en *unipolar* depresjon. I gjennomsnitt tar det 7-10 år før sykdommen starter sitt forløp og rett diagnose stilles.

”Bi-polar” betyr to poler. Ved bipolar lidelse svinger stemningsleiet mellom to poler eller to ytterpunkter; mellom hypomane/maniske symptomer på den ene siden og symptomer på depresjon på den andre.



Grunnlag for diagnose

For å stille en diagnose er det fem dimensjoner man legger vekt på:

1. **Aktuell sykdomsepisode.** Hvordan de nåværende symptomer arter seg.
2. **Debutalder:** Når den første episoden startet.
3. **Lidelsens forløp:** Hvor ofte pasienten har hatt sykdomsepisoder, hva slags episoder, hvor lenge de har vart, hvordan pasienten har hatt det mellom episoder osv.
4. **Respons på behandlingen:** Hvordan den medikamentelle behandlingen virker.
5. **Familiehistorie og anamnese:** Om noen i familien har en bipolar lidelse. Hvordan var oppveksten? Eventuelle belastende og utløsende livshendelser m.m.

Livstidsdiagnose

Ut fra disse fem punktene stilles det vi kaller en ”livstidsdiagnose”:

1. **Bipolar I (BP I)** er den mest alvorlige formen for bipolar lidelse, med maniske episoder og

alvorlige depresjoner, med eller uten psykotiske symptomer.

2. **Bipolar II** (BP II) er en noe mildere variant, med hypomane episoder istedenfor maniske, men hvor det forekommer episoder med depresjon som kan være alvorlige.

Det finnes også andre varianter av bipolar lidelse (oppført i ICD-10), men hvor episodene ikke tilfredsstillende kriteriene til BP I og II med hensyn til intensitet og varighet. De vanligste er:

3. **Cyklotymi** er en diagnose som innebærer et vedvarende ustabil stemningsleie.

4. **Bipolar uspesifisert** er en diagnose som refererer til episoder med unormalt høyt stemningsleie.

Aktuell episode

Episodebegrepet står sentralt i diagnostikken og i behandlingsplanleggingen. En episode betyr ”en periode med alvorlige symptomer” som veksler med perioder der pasienten er frisk eller har et helt annet sett av symptomer.

Aktuell episode handler om **nåværende symptomer og klinisk status**:

- Hva slags type symptomer eller sett av symptomer pasienten har akkurat nå (oppstemt og energisk, eller trett og apatisk?)
- Intensiteten av symptomene (bare glad og lykkelig, eller overdrevent ekstatisk?)
- Varigheten av symptomene (vart i over en uke eller er dette kort og forbigående?)
- Symptomene beskrives som sekundære dersom de er utløst av rusmidler eller liknende (psykotisk som en følge av rusmidler?)

De ulike typer av episoder pasienten kan ha er:

- Mani
- Hypomani
- Depresjon (mild, moderat eller alvorlig)
- Blandet episode (dvs. både manisk/hypoman og deprimert innenfor samme tidsperiode)

Når du blir bedre etter en sykdomsepisode, dvs. at symptomene blir mildere, færre eller helt fraværende, sier man at sykdomsepisoden er ”i remisjon” (tilfriskning). Den ”eutymisk fasen” refererer til det mer stabile, normale stemningsleie som opptrer mellom eller etter slike episoder.

Nærmere beskrivelse av de ulike episodene og hvilke behandlingsformer som anbefales i de ulike fasene av sykdommen, er gjort rede for i egne kapitler.

Mønster

Mange pasienter har et mønster i sitt sykdomsforløp der samme rekkefølge av episoder gjentar seg gjennom livet. Noen får først en manisk episode etterfulgt av depresjon, mens for andre kan det være omvendt. I noen tilfeller kan forløpet av sykdommen indikere helt egne varianter av bipolar lidelse med egne diagnosenavn.

Noen har et årstidsavhengig mønster der episoder av manier og depresjoner kommer til samme

årstid år etter år (vinterdepresjon). En variant gjelder for kvinner som får en sykdomsepisode innen 4 uker etter fødsel (fødselsdepresjon/fødselspsykose). Noen har svært raske stemningssvingninger eller hurtige skifter mellom episoder (Rapid Cycling eller hurtigsvingende type).

Rapid Cycling er kanskje den mest alvorlige formen for bipolar lidelse. Pasienter med dette mønsteret har fire eller flere maniske, hypomane eller depressive episoder innenfor en 12-måneders periode. Stemningsleiet kan svinge fra høyt til lavt og tilbake igjen med kun dagers eller timers mellomrom. Slike stemningssvingninger kan oppleves som følelsesmessige ”berg og dalbaner”. Stemning, humør og energi oppleves som helt ute av kontroll og er svært ødeleggende for hvordan man fungerer i det daglige. Symptomer på rapid cycling kan for noen karakteriseres som alvorlig grad av irritabilitet, impulsivitet og ukontrollerbare raserianfall.

Så mange som halvparten av de med bipolar lidelse vil kunne utvikle et sykdomsmønster med rapid cycling. Noen få starter sitt sykdomsforløp med rapid cycling, men fleste vil utvikle dette mønsteret gradvis dersom de ikke får adekvat behandling. Man vet ikke hvem som vil kunne utvikle rapid cycling, men det ser ut til at personer som misbruker alkohol eller har en historie med rusmisbruk, løper en større risiko. Det samme gjelder for pasienter som har førstegradsslektninger med rapid cycling. Det er imidlertid usikkert om denne genetiske sårbarheten er knyttet til selve rusmisbruket eller sykdomsmønsteret rapid cycling.

3. Utbredelse

Det antas å tilkomme 10 – 30 nye tilfeller av bipolare lidelser pr. 100 000 innbyggere i Norge hvert år (dvs. 400 – 1200 nye tilfeller i Norge pr. år).

Epidemiologiske studier viser at livstidsprevalensen på Bipolar I er 0,6-1,2, dvs. at ca. 1% av befolkningen vil utvikle lidelsen i løpet av livet. I Norge er det til enhver tid ca. 40 000 personer med den alvorligste formen for bipolar lidelse. Hvis man inkluderer Bipolar II og alle undergrupper av bipolare diagnoser, øker livstidsprevalensen til 3 – 12 %.

4. Forløp og prognose

Debutalder

Bipolar lidelse kan utvikles når som helst i en persons liv, men vanligvis før fylte 35 år. Høyest risiko for å utvikle sykdommen er mellom 15 – 25 år. Gjennomsnittsalderen for når man første gang ser tegn på sykdommen, er 16 år, mens behandlingen ofte ikke starter opp før ved 22 års alder. Første sykehusinnleggelse forekommer gjerne flere år senere. Ved å stille rett diagnose og igangsette behandling mye tidligere i pasientens liv, ville man kunne spare pasienten for mye unødig lidelse og funksjonssvikt i viktige ungdomsår.

Forløp og prognose

Nyere undersøkelser viser at de fleste får mer enn én sykdomsepisode. Det store flertallet av pasienter med bipolar lidelse får fire til seks sykdomsepisoder (40 %) eller flere enn seks (40 %).

Den

mest alvorlige formen av lidelsen, ”Rapid Cycling”, forekommer hos 13 – 20 %.

Dersom en bipolar lidelse forblir ubehandlet, viser studier at remisjonsperioden (tilfriskningsperioden)

blir gradvis kortere mellom de første 3 – 5 episodene, og at lidelsen deretter vil opptre med en hyppighet på én sykdomsepisode i året. Dette innebærer i gjennomsnitt fire episoder over en 10 års periode og deretter én episode i året.

Bipolar lidelse er en livstidsdiagnose. Lidelsen ser ikke ut til å brenne ut over tid. Alvorlighetsgrad, varighet og mønster varierer fra person til person. Noen har flere manier, andre flere depresjoner, mens andre igjen har like mange av hver. Det viser seg imidlertid at de fleste over tid får færre og kortere episoder med hevet stemningsleie og flere episoder med senket stemningsleie.

Kortere eller lengre perioder med normalt stemningsleie (eutymiske faser), selv etter alvorlige sykdomsepisoder, er helt naturlig i et bipolart forløp. Lengden på disse eutymiske fasene varierer fra person til person. Noen er helt eller tilnærmet friske mellom sykdomsepisodene, men grovt regnet en tredjedel har mer eller mindre kroniske problemer over flere år. Den største andelen har altså redusert funksjon og restsymptomer også mellom episodene med mani og depresjon. Det er imidlertid mye man kan forbedre med sin fungering og livssituasjon dersom man søker profesjonell hjelp, følger et medikamentelt og psykososialt behandlingsopplegg, og følger de råd og anbefalinger for hva man selv bør gjøre i det daglige.

Like naturlig som perioder med tilfriskning og normalt stemningsleie, er det også i denne lidelsens natur at man får tilbakefall og nye sykdomsepisoder. Perioder med tilfriskning og normalt stemningsleie må derfor ikke fortolkes som ”helt frisk”. Man løper en ekstra stor risiko for tilbakefall dersom man i gode perioder avslutter den medikamentelle behandlingen.

5. Komorbiditet

Komorbiditet er et begrep som brukes i psykiatrien når to eller flere psykiatriske lidelser har en tendens til å opptre samtidig. Uten at vi med sikkerhet vet hvorfor, så har mange pasienter med bipolar lidelse ofte samtidig ruslidelser (særlig alkoholmisbruk), angstlidelser, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser (særlig bulimi), oppmerksomhetsforstyrrelse (ADD/”Attention Deficit Disorder”), migrene og personlighetsforstyrrelser.

Det er viktig å undersøke om pasientene har disse tilleggssymptomene hele tiden, eller om de kun er til stede under en ny sykdomsepisode. De fleste vil ha tilleggssymptomer på for eksempel angst, søvnforstyrrelse eller rusmisbruk, kun under en manisk eller depressiv episode. Da er disse tilleggssymptomene å regne for *sekundære* til pasientens bipolare lidelse, og kan lindres ved behandling rettet mot den bipolare lidelsen. Noen har angst, søvnforstyrrelser eller rusmisbruk mer eller mindre kontinuerlig, også i periodene med stabilt stemningsleie. Man antar at behandling som da er rettet mot den komorbide tilstanden, også vil kunne bedre forløpet av den bipolare lidelsen, men det er gjort få kontrollerte studier av dette.

Det finnes unntak for dette. Tilstander som vanligvis behandles med antidepressiva (for eksempel angst, tvangslidelser/tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger), eller tilstander som behandles med stimulerende medikamenter (som ADD), vil kunne forverre symptomene til en bipolar lidelse og utløse mani. I slike tilfeller er det viktig å finne andre behandlingsalternativer som hjelper for den komorbide lidelsen.

Periodisk forekomst av kroppslige plager forekommer også ofte ved bipolar lidelse. Typiske kroppslige symptomer kan være diffuse smerter inkl. hodepine og verk i ledd (muskulatur), ukarakteristiske mageplager, kribling i armer eller ben (parestesier) og svimmelhet.

6. Årsaker til bipolar lidelse

Bipolar lidelse forekommer med samme hyppighet blant alle folkeslag og i alle kulturer. Man ser ingen økt frekvens av lidelsen etter ekstreme psykiske belastninger, slik som etter naturkatastrofer, krig eller liknende. Det tyder på at miljøet i seg selv spiller liten rolle for utvikling av lidelsen.

Studier

av arvelighet gir derimot flere bevis for at bipolar lidelse har et biologisk grunnlag. Både familie-, tvilling- og adopsjonsstudier viser at bipolar lidelse har en høy grad av arvelighet. Det man arver er en økt sårbarhet for å utvikle lidelsen, og da spiller ulike miljøfaktorer en viktig rolle for hvorvidt lidelsen utløses.

Man ser altså på samspillet mellom to ulike årsaksfaktorer:

1. Gener (arv) og biologisk sårbarhet

- Bipolare lidelser går igjen i familier, dvs. høyere risiko for å utvikle bipolar lidelse hvis andre familiemedlemmer har lidelsen.

Å ”ha det i genene” betyr ikke nødvendigvis at du utvikler lidelsen, men du er født med en genetisk/biologisk sårbarhet.

2. Utløsende årsaker (miljø)

- Belastende livshendelser som kriser, langvarig stress, rusmisbruk og endring

av

døgnrytme kan være med på å utløse sykdommen når du har en medfødt biologisk sårbarhet. For noen oppstår sykdommen akutt, mens for andre kan sykdommen komme ”snikende” med varselsymptomer over lang tid.

- Omgivelsene og belastende livshendelser er også med å påvirke forløpet,

dvs. hvor

mange episoder som oppstår og hvor alvorlige episodene blir.

Det biologiske grunnlaget for bipolar lidelse

Ved hjelp av moderne metoder innen hjerneforskning og genetikk vet man i dag mer om hvilke mulige biologiske forhold som har betydning for utvikling av bipolar lidelse, men noen definitiv mekanisme er ikke påvist. Det man med sikkerhet kan si er at arv er den viktigste årsaksfaktoren.

Arv er viktigste årsak, men hva arver man?

Vi mennesker har alle arvestoff eller *DNA* som utgjør vår genetiske kode. Denne koden inneholder litt mer enn 20 000 gener, og bestemmer hvordan kroppens byggestoff (proteiner) skal se ut, hvordan kroppen bygges opp og hvordan våre organer skal virke.

Vi får halvparten av genene fra far og halvparten fra mor, som igjen fikk halvparten fra hver av sine foreldre. Det betyr at 50% av genene er like hos søsken, og 25% hos søskenbarn. Derfor ser vi at en rekke arvelige egenskaper slik som høyde, utseende og personlighet, men også sykdommer, kan gå igjen i familier.

Arvegangen ved bipolar lidelse er *kompleks*. Det betyr at det er en rekke gener (kanskje 10-20 stk) som sammen gir en økt sårbarhet for sykdom, og hvor miljøfaktorer som stress og påkjenninger er med på å utløse sykdomsepisodene.

Hva sier nyeste forskning?

Selv om man har påvist en høy grad av arvelighet ved bipolar lidelse, har man ennå ikke klart å fastslå

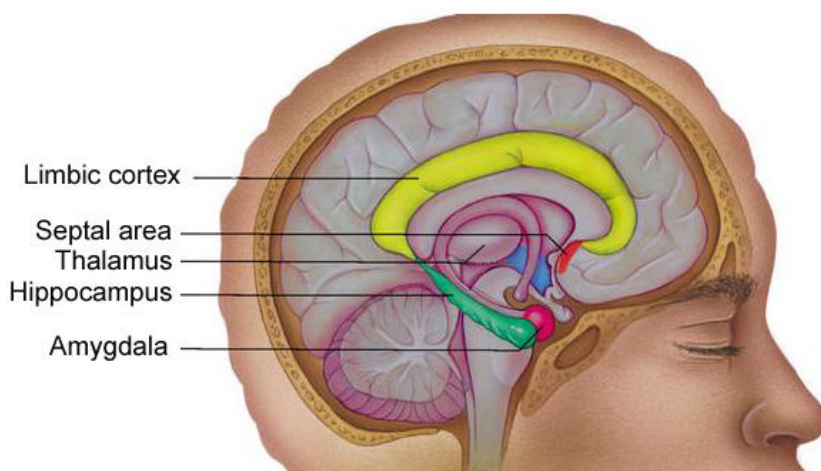
med sikkerhet hvilke gener som nedarves. Nyere metoder innen genforskning gjør at det nå er mulig å analysere den genetiske koden direkte. Det jobbes nå med å identifisere hvilke gener som er involvert, og man har funnet flere *kandidatgener* (mulige sykdomsgener). De mest interessante er *BDNF*, som er involvert i nervecellevekst, og *G72*, som har med kommunikasjon mellom hjerneceller og signalstoffet glutamat å gjøre. Formålet med å finne frem til sykdomsgener er å lære mer om mekanismen bak sykdommen.

Sykdomsmekanisme I - funksjonssvikt i hjerneområder

Ut fra sykdomskjennetegn ved bipolar lidelse jobber man med teorien om at sykdommen skyldes mangler i områder i hjernen som regulerer stemningen. Man har ikke funnet alvorlige feil eller skader

på hjernen, men moderne hjernebildeteknikker har vist at pasienter har forstyrrelser i de limbiske strukturer (amygdala), et hjerneområde som er kjent for å regulere følelser og stemning. Det er også funnet mangler i de fremre deler av hjernen (frontalcortex), som styrer andre hjerneområder og som er med og regulerer tenkningen vår.

Limbic System

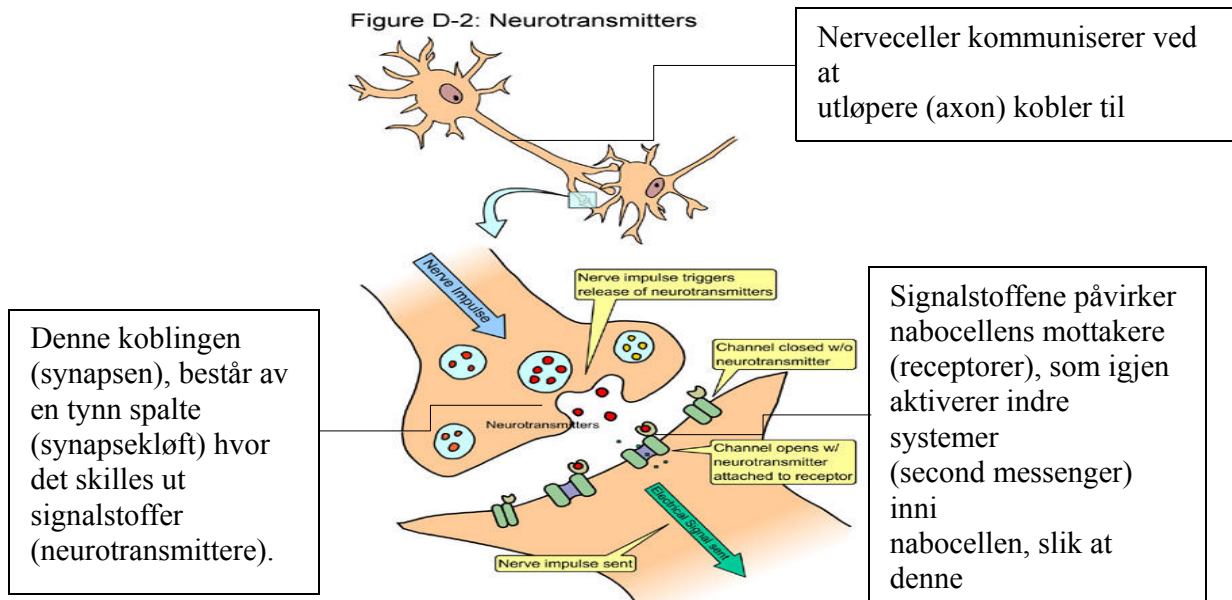


Figuren viser et område av hjernen som ser ut til å være involvert i bipolar lidelse – det limbiske system (Limbic System). Dette området arbeider med å regulere følelser og stemning.

Sykdomsmekanisme II – signalforstyrrelser

Man har også studert kommunikasjon mellom nerveceller ved bipolar lidelse, og mye tyder på at det er en forstyrrelse i hvordan overføring av visse signal mellom hjerneceller (neuron) fungerer. Ved depresjon har man funnet en redusert aktivitet i et signalstoff (neurotransmitter) som kalles serotonin, og antidepressiva virker ved å indirekte øke aktiviteten til dette signalstoffet. Man har også funnet forstyrrelse i signalstoffer inni nerveceller (second messenger). Når en nervecelle får stimulering fra et en nabocelle, settes det i gang prosesser inni cellen slik at funksjonen endres. Man har vist at litium, og andre medikament som forebygger nye stemningsepisoder, påvirker inositol-systemet som finnes inni nerveceller. Mye tyder på at man da får stabilisert viktige prosesser inni cellene.

Figure D-2: Neurotransmitters



Figuren illustrerer hvordan overføring av signal mellom nervoceller foregår.

Utløsende årsaker til bipolar lidelse

Stress og sårbarhet

Bipolar lidelse er ikke ”bare biologi” eller ”bare psykisk”. Bipolar lidelse er både en fysisk og en psykisk lidelse. Hvordan hjernen fungerer og hvordan du fungerer psykisk påvirker hverandre gjensidig.

Mye tyder på at stemningssvingningene ved bipolar lidelse er knyttet til et komplekst samspill mellom:

- Biologiske faktorer (reduert evne til å regulere humøret ved for eksempel forstyrrelse i signalstoffer i hjernen)
- Psykologiske faktorer (for eksempel forventninger til ting som skal skje)
- Stressfaktorer (endringer i livet, som tap av nære personer, endring i jobbsituasjon og flytting).

Det meste av tiden er denne sårbarheten helt uten betydning eller har liten innflytelse på hvordan du har det. Enkelte med denne sårbarheten vil aldri utvikle bipolar lidelse. Men har du først hatt en episode med depresjon eller mani/hypomani, kan ny episode utløses av påkjenninger eller stress.

Når stressnivået øker til et visst nivå kommer denne biologiske sårbarheten til uttrykk som symptomer eller varseltegn på en ny sykdomsepisode - irritabilitet, ”tankekjør”, tristhet, tomhet, søvnvansker, eller oppstemthet, mange planer og ideer, og økt energi.

Den biologiske sårbarheten har som nevnt å gjøre med forstyrrelse i produksjon (over- eller underproduksjon) og nedbrytning av ulike signalstoffer. Personer med bipolar lidelse kan også ha en medfødt ubalanse i produksjon av hormoner, for eksempel kortisol, som er et av hormonene som skilles ut under stress. Langvarig og høyt nivå av stress, og en samtidig manglende regulering (overproduksjon) av hormonet kortisol, har vist seg å kunne skade eller ødelegge celler i ”hippocampus” (som lagrer hukommelse for hendelser, fakta og steder) i det limbiske system i hjernen.

Med andre ord; din biologiske sårbarhet påvirker din kognitive fungering og dine følelsesmessige reaksjoner og følelser i forhold til stress, og vise versa. Hvis du er født med høy grad av biologisk sårbarhet kan selv små stressfaktorer, som en liten forskyvning av døgnrytme, være nok til å utløse en ny episode.

7. Mani

Når en person er manisk, er stemningsleiet hevet på en slik måte at det ikke harmonerer med omgivelsene eller den situasjonen personen befinner seg i. Episoden må være så alvorlig at ordinært arbeid og sosiale aktiviteter forstyrres helt eller delvis.

Mani – diagnostiske kriterier

Tegn og symptomer på mani eller manisk episode:

A. Oppstemthet, *eksaltasjon* eller irritasjon **i minst en uke**

B. Minst tre av følgende symptomer i tillegg:

- Hyperaktivitet, rastløshet, uro
- Taletrang
- Tankeflukt
- Ukritisk atferd
- Nedsatt søvnbehov
- Økt selvfølelse, grandiose forestillinger
- Distraherbarhet
- Hensynsløs og/eller uansvarlig atferd
- Økt seksualdrift

Man stiller diagnosen ”Manisk episode” hvis det **forhøyede stemningsleie** (A) opptrer sammen med **tre eller flere** av de opplistede symptomer (under B), og disse opptrer det meste av dagen, daglig, i én uke eller mer. Dersom stemningsleiet er mer **irritabelt**, må **minst fire** av de andre symptomene (under B) være til stede. Tidskriteriet (på en uke eller mer) faller bort dersom tilstanden er så alvorlig at innleggelse er nødvendig.

"Forskellen i Patientens Udseende i de forskjellige Faser (af en manio-depressiv psykose) er ofte slaaende." Her ses den samme patient i henholdsvis manisk (øverste billede) og depressiv fase.kilde: <http://museum-psyk.dk>



8. Hypomani

Når en person er hypoman, vil stemningsleiet være av en lettere oppstemt karakter og personen vil som regel ha en følelse av velvære. En opplevelse av økt energi, ledsages som regel av økt fysisk og psykisk aktivitetsnivå og -effektivitet. Personen blir gjerne mer utadvendt, snakkesalig og familiær, men ikke nødvendigvis i den grad at det forstyrrer arbeidsevne eller oppleves som direkte sosialt upassende eller støtende. Nedsatt søvnbehov og økt seksualdrift er også vanlig. Ved hypomani er irritabilitet og økt selvfølelse like karakteristisk som det å være overdrevet utadvendt.

Hypomani – diagnostiske kriterier

Tegn og symptomer på hypomani eller en hypoman episode:

A. Forhøyet eller irritabelt stemningsleie i **minst fire dager**, ledsaget av:

B. Minst tre av følgende symptomer i tillegg:

- Økt aktivitet eller rastløshet
- Økt taletrang
- Distraherbarhet, konsentrasjonsvansker
- Nedsatt søvnbehov
- Økt seksuell energi
- Kjøpetrang, overmodig atferd
- Økt selskaplighet, overdrevet familiær

En hypoman episode har således de samme kjennetegn som en manisk episode, men er av kortere varighet og er mindre alvorlig. Hvis episoden blir så alvorlig at det går ut over hvordan personen fungerer, at det oppstår psykotiske symptomer eller behandlingen krever sykehusinnleggelse, så regnes det som en manisk episode.

9. Depresjon

Det mest karakteristiske trekk ved en depresjon er **senket stemningsleie** som forandrer seg lite fra dag til dag og som ikke varierer med omstendighetene. Det kreves vanligvis en varighet på **to uker** for at diagnosen depresjon skal kunne stilles. Dersom symptomene er svært alvorlige og har en brå debut, vil man kunne stille diagnosen etter kortere tid.

En depressiv episode er av typen mild, moderat eller alvorlig, avhengig av **antall** symptomer, **type** av symptomer og **intensitet** av dem.

De depressive sykdomsepisodene varer ofte lenger enn de maniske (mani kan vare fra to uker til fire – fem måneder). En bipolar depresjon har en gjennomsnittlig varighet på rundt seks måneder, men varer sjelden i mer en ett år, med unntak hos eldre. Episoder av både mani og depresjon kommer ofte i etterkant av belastende livshendelser eller andre psykiske traumer.

Vanlige varselsymptomer på depresjon er isolasjonstendens, manglende lyst til, glede eller interesse av å gjøre ting man vanligvis liker, endret søvnmønster (ofte økt søvnbehov) og appetittendringer.

Depresjon – diagnostiske kriterier

A. Generelle kriterier oppfylt (tilstanden har vart i minst 2 uker)

B. Minst 2 av følgende kjernesymptomer ved mild/moderat depresjon og alle 3 kjernesymptomer ved alvorlig depresjon:

- Depressivt stemningsleie
- Interesse- eller gledesløshet
- Energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Uttalt tretthet selv etter lette anstrengelser er vanlig.

C. Ved **mild** depresjon må minst 2 av følgende tilleggssymptomer være til stede, ved **moderat**

depresjon må minst 4 tilleggssymptomer være til stede, og minst 5 ved **alvorlig** depresjon:

- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og selvbebreidelser
- Planer om, eller utføring av, selvskaide eller selvmord
- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Agitasjon eller hemning
- Søvnforstyrrelser
- Appetitt eller vektendring

10. Suicidalitet

Selvordstanker som symptom

Lav selvfølelse, følelse av håpløshet og pessimistiske tanker om fremtiden er vanlige symptomer på



depresjon. Når slike negative tanker og følelser tar godt tak, behøver ikke tanker om selvmord og det å gjøre en ende på all lidelse være særlig langt unna. Et selvmordsforsøk kan sees på som et desperat forsøk på å kontrollere de symptomene man har når man er deprimert.

Når man er alvorlig deprimert, er hjernens kjemi i ubalanse. Når man er tappet for energi og fylt opp av negative følelser, klarer man ikke annet enn å fokusere på det som er trist og vanskelig. Det at man bare fokuserer på det som er og har vært trist og vanskelig, og at fremtiden ser mørk ut, er rett og slett et *symptom* på depresjon. På en måte kan man si at dette ikke er "dine" følelser og tanker, men at det er en del av den sykdommen du har.

Illustrasjon av Gitte Skov

Dersom du tenker på selvmord, er det viktig å huske på hva slike tanker og følelser er:

1. **Selvordstanker er et symptom på depresjon.**
2. **Selvordstanker er et uttrykk for en medisinsk tilstand som kan behandles.**
3. **Selvordstanker forsvinner når du får behandling for din depresjon.**

Disse tankene er ikke et uttrykk for hvem du er og hva du vil. Det er heller ikke din skyld at du tenker slike tanker. Ikke føl skam eller skyld når selvmordstanker melder seg, men fortell om dem slik at du raskt kan få den hjelp og behandling du trenger.

Kriseplan ved selvmordstanker

Det kan være svært nyttig å ha utarbeidet en plan som sier noe om hva du eller andre skal gjøre dersom du får påtrengende tanker om selvmord. Denne planen bør utarbeides før du blir suicidal. En slik "kriseplan" inngår i forebyggelsesplanen som følger vedlagt denne arbeidsboken. Alle du har oppført i behandlingsnettverket ditt bør få et eksemplar av denne, slik at de vet nøyaktig hva de skal gjøre dersom du blir suicidal.

Det kan være lurt å skrive ned hva du setter pris på i livet når du har det bra og er i en stabil fase. Skriv ned hva du setter pris på i hverdagen, hvilke mål og ønsker du har om fremtiden, hvem du er glad i og hvorfor, hva du liker å gjøre og hvorfor. Dette er uttrykk for dine ekte tanker og følelser, og hvem du er. Dette kan være nyttig å minne seg selv på hva du har å leve for og hvorfor livet er kostbart i de perioder sykdommen og depresjonen gjør livet vondt og vanskelig.

11. Blandet tilstand

Symptomer på blandet tilstand

1. Episode med **blanding** av eller **rask veksling** mellom maniske/hypomane og depressive symptomer.
2. Når begge symptomgrupper er fremtredene i det meste av sykdomsepisoden og hvis den aktuelle episoden har **vart i minst to uker**.
 - Depressivt stemningsleie ledsages av overaktivitet og taletrang som vedvarer i dager eller uker.
 - Manisk stemningsleie og grandiositet ledsages av agitasjon, tap av energi og libido.
 - Depressive symptomer / symptomer på mani eller hypomani veksler fra dag til dag, eller fra time til time.



12. Psykose

Ved alvorlige episoder med depresjon og mani, kan man også utvikle symptomer på psykose eller oppleve å bli psykotisk. En psykose er en tilstand hvor skillet mellom den virkelige verden og ditt indre tanke- og forestillingsliv viskes ut. Psykotiske symptomer opptrer oftest ved mani, men kan også forekomme ved alvorlig depresjon eller blandet tilstand.

Psykose kjennetegnes av:

- **Hallusinasjoner** - sanseopplevelser uten stimulering av de relevante sanseorganer.

Slike

opplevelser kan være knyttet til samtlige sanser, men syns- og hørselshallusinasjoner er de vanligste. Hallusinasjoner har den samme umiddelbare virkelighetskvalitet som en reell sanseopplevelse. Den som hallusinerer kan likevel være klar over at opplevelsen ikke er forankret i virkeligheten. En person som hører stemmer kan være klar over at dette ikke er virkelig, mens en annen kan være overbevist om at stemmen kommer fra en reell kilde. Alle kan oppleve hallusinasjoner, men vi bruker ikke psykosebegrepet med mindre sanseintrykket ledsages av en forstyrret virkelighetsoppfatning.

- **Vrangforestillinger** - uriktige eller urimelige forestillinger basert på ukorrekte slutninger om den ytre verden. Disse forestillingene tillegges absolutt sannsynlighetsverdi av personen, og lar seg derfor ikke korrigere med fornuft og logikk fra andre. Forestillingene aksepteres vanligvis ikke av andre fra samme kultur eller miljø.
- **Tankeforstyrrelser** - forstyrret innhold i tankene eller i tenkningen. Eksempler på

tankeforstyrrelser er tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri. Den kanskje vanligste tankeforstyrrelsen er opplevelse av at noen kan lese ens tanker eller påvirke dem.

Mani med psykotiske symptomer beskrives utførlig i diagnosesystemet ICD-10, som benyttes i psykisk helsevern. Overdreven selvfølelse og storhetsforestillinger (grandositet) kan utvikle seg til vrangforestillinger. Storhetsforestillinger om egen rolle eller identitet, ofte knyttet til religiøse ideer, kan da være fremtredende. Irritabilitet og mistenksomhet kan bli til forfølgelsesideer (paranoid tankegang). Tankeforstyrrelser og økt taletrang kan gjøre at man blir uforståelig for andre. Krevende og vedvarende fysisk aktivitet og opprømt, kan resultere i aggresjon. Heldigvis vil de fleste med en kjent bipolar lidelse få hjelp før manien glir over i psykose.

Alvorlig depresjon kan også ledsages av psykose, men da er vrangforestillingene ofte knyttet til skyld, skam eller ansvar for triste hendelser eller ulykker. Forfølgelsesideer er heller ikke uvanlig. Hørselshallusinasjoner, ofte med stemmer som beskylder personen for ting eller rakker ned på vedkommende, forekommer også.

Hvis en person med en bipolar lidelse utvikler en psykose vil vedkommende få medikasjon i form av antipsykotika, noe som ofte har relativt rask effekt på symptomene.

13. Kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige forandringer ved bipolar lidelse

Vi skal i dette kapittelet se nærmere på hva som kjennetegner kognisjon (tankeinnhold og tankeprosesser), følelser og atferd under de ulike sykdomsepisodene.

Sammenhengen mellom kognisjon, følelser og atferd

Kognisjon omhandler tankeinnhold og tankeprosesser som hukommelse, vår evne til å fortolke informasjon, oppmerksomhet, problemløsning, vurderings- og beslutningsprosesser, og holdninger til oss selv og andre. Kognisjon påvirker hvordan vi forstår og opplever oss selv, andre og verden rundt oss, hvordan vi føler oss, og hvordan vi oppfører oss og reagerer i ulike situasjoner.

Både tankeinnhold og tankeprosesser blir farget av hvordan du føler deg, og tankene er på sin side med på å farge og forsterke stemningsleiet (følelsene og humøret). Om det er tankene eller følelsene som kommer først, er ikke så vesentlig i denne sammenheng. Det viktigste er å gjenkjenne dem for det de er og hvorvidt de er symptomer eller varseltegn på en ny episode med depresjon eller mani/hypomani. Jo tidligere du eller dine nærmeste sørger for å iverksette de tiltak du har beskrevet og forpliktet deg til i forebyggelsesplanen, jo større er sannsynligheten for at episoden både blir kortere og mildere enn den ellers ville vært.

Tanker og følelser er altså uløselig knyttet til hverandre og påvirker hverandre gjensidig. Tanker og følelser påvirker også atferden din, og atferden din virker forsterkende tilbake på følelser og atferd.

Når du er deprimert er du tappet for energi og kan føle deg tom eller helt elendig. Da har du også en tendens til å tenke **overdrevent negativt** om alt og alle. Du tolker alt i negativ favør, ser pessimistisk på fremtiden, retter din oppmerksomhet mot alt som er trist, og mangler evne til å løse problemer og ta beslutninger.

Når du er manisk skjer det motsatte. Da føler du deg helt fantastisk, og er full av energi og

pågangsmot. Da har du en tendens til å tenke **overdrevent positivt** om deg selv og dine evner, at ingenting går deg imot og at alt virker så enkelt. Fremtiden er lys, du kan klare alt du setter deg fore. Du er både kreativ, genial, kan ta raske avgjørelser og ha mange ”baller i luften” samtidig.

Det er to kjerneelementer i kognisjon vi kan se nærmere på i denne sammenheng: Automatiske tanker og kognitive feiltolkninger. Dette er noe som gjelder for alle mennesker og som alle mer eller mindre vil kjenne seg igjen i. For deg med en bipolar lidelse, er det imidlertid viktig å vite hvordan slike allmenne tankeprosesser kan være med på å forsterke ditt sykdomsbilde eller de kan være med på å varsle at en ny sykdomsepisode er på vei (for eksempel at ”å nei, nå begynner jeg å tenke på den måten igjen!”)

Automatiske tanker

De fleste kognitive prosesser skjer uten at vi er klar over dem. De skjer ubevisst og automatisk. Dette er energibesparende på den måten at du kan gjøre flere ting samtidig, som å kjøre bil i tett trafikk mens du hører på radio og snakker med en medpassasjer, mens du kjenner etter hvor sulten du er og gleder deg til middag, og plutselig kommer på at du må stikke innom butikken på vei hjem for å kjøpe noe du trenger til denne middagen - alt dette kan skje samtidig og automatisk uten nevneverdige anstrengelser. Til enhver tid plukker oppmerksomheten vår ut relevante sanseintrykk utenfra, som bearbeides og eventuelt lagres i hukommelsen. Samtidig har vi en gjennomgående strøm

av tanker og forestillingsbilder som dukker opp ”innenfra”, fra hukommelsen. Noen av disse inntrykkene og tankene stopper vi opp ved, dveler ved og konsentrerer oss om, men de aller fleste farer forbi og er oss ubevisst.

Når vi i denne sammenheng snakker om automatiske tanker, tenker vi på hva som kjennetegner de tanker og forestillingsbilder som til enhver tid dukker opp ”innenfra” når du er deprimert eller er i ferd med å bli deprimert, eller når du er manisk eller i ferd med å bli manisk. Når du er deprimert er de gjennomgående negative, mens når du er manisk er de gjennomgående positive. Du er ikke nødvendigvis klar over dem, men de er med på å forsterke depresjonen eller manien. Ikke bare er de automatiske, men de er bærer også preg av å være **overdrevne, urealistiske og ugyldige**. De er med på å gjøre deg ytterligere engstelig, skyldbetyngt eller trist, eller ytterligere genial og eksaltert.

Automatiske tanker tar også form som ord, fraser, setninger eller kommandoer vi sier til oss selv. Slike selvinstruksjoner er vår ”indre stemme” som forteller oss hvordan vi er og blir oppfattet av andre i en gitt situasjon. Negative selvinstruksjoner kan være med på å hemme oss i gitte situasjoner og i vår livsutfoldelse, og gjør seg mer gjeldende i den depressive enden av skalaen, for eksempel ”Det jeg sa nå hørtas så dumt ut at nå tror jeg at jeg holder munn resten av timen”, ”Nå må jeg ikke dumme meg ut” eller ”Det er mitt ansvar hvis ikke alle har det bra”. Positive selvinstruksjoner gjør seg mer gjeldende under et forhøyet stemningsleie, for eksempel ”Jeg er virkelig genial. De andre forstår ikke hva jeg snakker om engang” eller ”Dette klarer jeg å gjennomføre – kommer til å bli en suksess”. Selvinstruksjoner blir farget av hvordan vi har det og er med på å forsterke et unormalt positivt eller negativt stemningsleie.

Hva man retter oppmerksomheten mot og hvordan sanseintrykk utenfra bearbeides, blir også farget av stemningsleiet. Som deprimert vil du lettere være oppmerksom på det som er negativt, sanseintrykk bearbeides saktere, du klarer ikke konsentrere deg eller du klarer ikke å ta inn særlig mange inntrykk. Som manisk vil du derimot oppleve en enorm kapasitet til å bearbeide sanseintrykk, alt oppleves sterkere og du kan ha mange tankeprosesser gående samtidig.

Både tankeinnhold og tankeprosesser blir altså påvirket av det aktuelle stemningsleiet. Det er svært nyttig, som ledd i å **forebygge** en ny alvorlig sykdomsepisode, å være oppmerksom på endringer i:

- Innholdet - hva tenker man mye på eller blir ”overdrevent” opptatt av.

- Prosessene - om tankene går saktere enn vanlig eller om de raser av gårde, om du har store konsentrasjonsproblemer og beslutningsvansker, eller om du hopper på alle mulige prosjekter eller fra idé til idé.

Kognitive feiltolkninger

Kognitive feiltolkninger handler om at vi svært ofte trekker for raske slutninger om hva det er som egentlig skjer i ulike situasjoner og i møte med andre mennesker. Kognitive feiltolkninger er ”energibesparende” på den måten at vi ikke samler inn all informasjon om alle sider ved en situasjon før vi gjør oss opp en mening. Dette skjer ofte så raskt at vi ikke engang er klar over det, ikke rekker å reflektere over det eller å finne fakta som underbygger våre konklusjoner. Feiltolkningene er automatiske og vi tar dem som ”sannhet”. Har du en dårlig dag, så blir ofte møte med andre mennesker farget av dette. Du føler at du får dårligere service i butikken (du sjekker vel ikke om ekspeditrisen også har en dårlig dag i dag?), at folk ser surt på deg (kan det ha noe med regnet å gjøre eller at folk går i egne tanker?) og at ingen liker deg (du har vel ikke spurt om det er tilfelle, har du vel?).

Det er de samme tankemekanismene som trer i kraft enten man er deprimert eller manisk, men de kan sies å ha motsatt fortegn og motsatt effekt. Som deprimert vil de automatiske tankene, selvinstruksjonene og feiltolkningene være negative, gjøre deg ytterligere nedstemt og opprettholde depresjonen. For en som er manisk vil disse tankemessige forstyrrelsene være positive, bidra til å opprettholde den gode selvfølelsen og ens positive syn på verden. Hva som er typiske tankemessige forandringer og feiltolkninger for en som er manisk og en som er deprimert, og hvordan disse innvirker på atferden, er listet opp i de kommende avsnitt.

Tankemessige forandringer ved mani/hypomani

Starten på en manisk eller hypoman episode kan for mange oppleves som svært behagelig, der humør og stemning er oppadstigende, og man føler seg energisk, opprømt og optimistisk. For noen kan også mani og hypomani starte med irritabilitet og rastløshet. Følelse av dysfori og eufori kan også utvikles svært raskt hos noen. Man kan føle seg ekstremt sliten og ha et ønske om hvile, men samtidig ikke være i stand til å roe tankene eller å avbryte aktiviteter. Man kan ha en ubehagelig indre drivkraft mot stadig nye aktiviteter og samtidig føle at man tappes for krefter.

En episode kan utvikle seg over dager eller uker. For mange kommer symptomene gradvis og i en fast rekkefølge. Et fast tankemønster, som **hva** man blir opptatt av og **mengden** av slike ideer, kan være en del av denne progresjonen. Dette gjelder også endringer i **holdninger** til og oppfattelse av seg selv og andre. Noen er selv klar over disse kognitive forandringene og kan si til seg selv ”Å nei, nå begynner jeg igjen. Jeg henger meg alltid opp i slike ting når jeg begynner å bli manisk”. I andre tilfeller er det venner og pårørende som oppdager disse forandringene først. Da er det viktig å opppre støttende og hjelpende, og ikke kritisk og dømmende. Venner og pårørende kan hjelpe deg ved å se i forebyggelsesplanen hvilke tiltak du ønsker skal iverksettes når en manisk episode er i utvikling.

Overoptimisme og grandiositet

Et av de vanligste tankemessige forstyrrelsene i en manisk eller hypoman episode er å få et uvanlig positivt selvbilde, å bli overoptimistisk for fremtiden og få et svært positivt syn verden for øvrig. Økt følelse av velvære og selvsikkerhet inkluderer gjerne en overvurdering av egne evner og

undervurdering av de potensielt negative konsekvensene av egne handlinger. For noen kan en slik overdreven selvsikkerhet utvikle seg til grandiose forestillinger om egen uovertreffelighet, kreativitet, intelligens, genialitet og viktighet.

På vei inn i en manisk eller hypoman episode, opplever mange en strøm av nye ideer og planer. Verden blir full av muligheter der geniale forretningsideer eller oppfinnelser bare venter på å bli oppdaget og iverksatt med garantert suksess. Ikke sjelden kan ideene faktisk være både geniale og potensielt innbringende, men skillet mellom gode og dårlige ideer, hva som er gjennomførbart eller bare grandiose forestillinger, viskes ut for en som er manisk. Mangel på søvn med påfølgende manglende evne til å konsentrere seg, planlegge og fullføre, gjør at selv de beste ideer og prosjekter gjerne faller i grus.

En annen tankemessig forstyrrelse som ofte følger med grandiose forestillinger, er oppfattelsen av å ha spesielle evner, særlig innenfor et kreativt område, eller oppfattelsen av å ha en spesiell innvirkning på andre mennesker, det være seg i forretningslivet eller i seksuelt forførende henseende. En slik oppfattelse av å ha en spesiell og magisk innvirkning på sine omgivelser blir dessuten forsterket av kognitive feiltolkninger (tendensen til å overdimensjonere det positive og bare husker alt som skjer i egen favør, og forkaste og overser negative hendelser og tilbakemeldinger). Hvis trafikklyset skifter til grønt akkurat når du kommer kjørende, så er ikke det tilfeldig, fordi det meste går din vei. Når grandiose forestillinger nærmer seg det psykotiske, kan man være tilbøyelig til å tro at man både kan spå om og kontrollere fremtiden.

Når andre stiller spørsmål ved den grandiose atferden og tenkemåten, blir dette gjerne oppfattet som fiendtlig og som et uttrykk for sjalusi på disse ”spesielle og enestående evnene” man har. En kognitiv bearbeidelse og restrukturering av grandiose forestillinger kan synes nyttesløs dersom personen allerede er manisk. Slike intervensjoner bør iverksettes tidlig i oppdagelsen av en ny episode mens personen ennå kan resonnerer logisk, ta andre perspektiver, og evner å objektivt evaluere tankeinnhold og egne ideer.

Mistenksomhet

Tidlig i et manisk forløp kan man bli mistenksom overfor andre mennesker, særlig overfor personer man har hatt dårlige opplevelser med tidligere. Mistenksomhet eller paranoia opptrer gjerne sammen med grandiose forestillinger. Paranoia virker gjensidig forsterkende i samhandling med den det gjelder. Når man er paranoid overfor en person, vil man lete etter atferd som bekrefter egne mistanker og fortolke den andres atferd i et mistenksomt lys. Dette påvirker din egen oppførsel overfor den det gjelder og får den andre til å oppføre seg annerledes. Da er den onde sirkelen allerede i gang og du vil garantert få bekreftet dine mistanker, uansett hvor usanne de er. Har du tidligere vært i krangel med en nabo, og du igjen begynner å bli mistenksom og skule mistenksomt på denne naboen, vil naboen sannsynligvis skule like mistenksomt tilbake...

Økt tankeflyt og distraherbarhet

Under utviklingen av en manisk eller hypoman episode vil økt tankevirksomhet gi seg utslag i en strøm av nye ideer og interesser, at man overvurderer hvor mye man kan få gjort og undervurdere tiden det tar å fullføre. I oppløpet til en manisk episode blir tenkningen stadig mer forstyrret, noe som gjenspeiler seg i både tale og handling. Man vil ha stadig større problemer med å fokusere oppmerksomheten og sortere ut hva som er relevant. Stadige digresjoner blandes inn i tenkning og

tale - det virker som om personen hopper fra tema til tema, uten at det blir noen logisk sammenheng for den som hører på. Denne tankeflommen og oppmerksomhetsforstyrrelsen virker til slutt ødeleggende på evnen til å gjøre seg forstått og fullføre prosjekter.

Sanseendringer

Enda et varselsymptom på en manisk eller hypoman episode er forandringer i sansning (persepsjon). Dette kan innebære oversensitivitet overfor farger, smak, lukt, lyder eller berøring eller at alt oppleves mye sterkere og mer intenst (bladene på trærne har aldri vært så grønne, fargene på TV er klarere og intense). Sanseendringer kan brukes som varseltegn og som et tegn på at man nå må være ekstra nøye med å registrere symptomer, føre stemningsdagbok, og bestrebe seg på opprettholdelse søvn og normale aktiviteter.

Kognitive feiltolkninger ved mani/hypomani

Kognitive feiltolkninger har som nevnt å gjøre med hvordan vi forstår situasjoner og forholder oss til andre mennesker. Evnen til å bedømme sosiale situasjoner blir i ulik grad forstyrret når man er hypoman eller manisk. Det handler om en manglende evne til å se hvordan det man sier og gjør påvirker andre, og en manglende evne til å sette seg inn i andres perspektiv, tanker og følelser (manglende empati).

Her er de vanligste kognitive feiltolkningene ved mani eller hypomani:

1. **”De vil ha meg”**. Økt seksuell interesse er et symptom på mani og hypomani. Det være seg å tenke mer på sex, være mer seksuelt aktiv eller utøve seksuelle handlinger man ikke vil stå inne for når man er i et stabilt stemningsleie (for eksempel å oppsøke prostituerte eller ha stadige ”one-night-stands” med fremmede). Ofte vil slike seksuelle aktiviteter eller impulser være uanstendige, uønskede og risikofylte, dvs. utgjøre en risiko for seksuelt overførbare sykdommer, eller dersom de ble oppdaget, kunne ødelegge seriøse forhold eller virke sosialt utstøtende.

Økt interesse for sex, gjør også at man retter oppmerksomheten mot seksuelle hentydninger fra andre eller at all former for oppmerksomhet feiltolkes i den retning. Et lite blick fra en mannlig/kvinnelig kollega vil kunne overfortolkes som at denne er interessert ”i noe mer” eller også overgeneraliseres til at man er seksuelt attraktiv for alle på arbeidsplassen eller alle menn/kvinner.

2. **”Alle er så trege”**. Man kan lett oppfattet seg selv som raskere og mer effektivt enn alle andre på grunn av ens egen raske strøm av ideer, raskere tale, kjappe beslutninger og indre uro og spenninger. Alle andre opprattes som trege og verden går som i sakte film. Det er lett å bli både utålmodig og irritert, og reagere deretter (tute i trafikken eller må kjøre forbi alle som kjører for sakte, bli lett irritert i møter på jobben der man aldri kommer til konklusjoner eller får ting gjort).

3. **”Det er best å gå rett til toppen”**. Personer med hypomani eller mani kan også ha en tendens til å hoppe over administrative ledd når de ønsker svar på sine spørsmål, som å ringe sykehusdirektøren eller administrerende direktør når en sykepleier eller konsulent ville vært den mest naturlige å henvende seg til. Noen kan gå til media med høyst personlige problemer, fordi man faktisk tror saken er av allmenn interesse eller bunner ut i et alvorlig samfunnsproblem.

4. ”**Litt humor har aldri skadet noen**”. Bruk av humor, og særlig sarkasme, er noe man ser tendens til tidlig i en manisk eller hypoman episode. Som et naturlig senter for oppmerksomheten med kvikke replikker, utadvendthet og snakkesalighet, gjør at man også oppmuntres til større bruk av humor for å underholde andre. I takt med at symptomene forverres og den sosiale bedømmingen svekkes, kan også humoren bli mer kritisk, sarkastisk eller også helt upassende i den sosiale settingen man befinner seg i.

5. ”**De elsker ideene mine**”. Selv når andre forsiktig indikerer eller bemerker at dine nye forretningsideer, planer eller prosjekter verken er gjennomførbare eller særlig gode, vil alle ord og vendinger som kanskje brukes for ikke å såre, kunne tas helt ut av sammenheng og tolkes helt motsatt; at ideen egentlig var god.

6. ”**Alle er så kjedelige**”. Mangel på positive tilbakemeldinger på nye ideer og planer kan også fortolkes som manglende omsorg, manglende forståelse, eller at andre er dumme, kjedelige og lite kreative.

7. ”**Jeg trenger ikke medisiner**”. Det er svært vanlig å tenke at man er blitt frisk når man føler seg bra, og at man derfor ikke trenger medisiner lenger. Troen på å være frisk kan dessuten **forsterkes** av å bråslutte med medisiner eller redusere dosen. Man føler seg ofte i fantastisk form når man i realiteten er i ferd med å bli hypoman/manisk.

8. ”**Jeg vet best**”. Tidlig i en manisk eller hypoman episode vil mange oppleve en følelse av økt intuisjon eller overbevisning om at man vet best. Trolig har dette å gjøre med alle positive følelser som underbygger og bekrefter alle tankene man har. Positivt bekreftende følelser gjør at man ikke stoler på andre når de er uenige og at man unngår kritikk. Man argumenterer derfor unødvendig mye, selv med andre som både vet bedre, og har mer erfaring og autoritet.

9. ”**Lev livet i dag. Morgendagen blir enda bedre**”. I starten av eufori, vil overbevisning om at ingenting vil gå en imot og at man ikke kan tape, kunne føre til risikofylte og hasardiøse aktiviteter (gambling og ”villmannskjøring”), lojalitetsbrudd og brudd på egne moralske verdier (utroskap og forretningssvindel).

Atferdsmessige forandringer ved mani

Irritabilitet og aggressivitet

Økende grad av irritabilitet er for mange et typisk varselsymptom på en ny sykdomsepisode. Irritabel atferd har en tendens til å virke ”selvforsterkende” på forløpet idet atferden skaper onde sirkler i familier når de pårørende ikke håndterer eller forstår irritabilitet og stadige diskusjoner som symptomer. Man kan selvsagt være irritabel uten at dette nødvendigvis er et varseltegn. Tar du imidlertid din irritabilitet som et varseltegn, bør du oppsøke din behandler for å eventuelt justere medisindose. I tillegg bør familien se på hvordan dere kan kommunisere bedre for å unngå stadige konflikter, diskusjoner og slike ”onde sirkler” som bidrar til å forverre symptomene dine. Hvordan og i hvilken grad stress bidrar til stadig økende irritabilitet, er også nyttig i en slik sammenheng. Stemningsdagboken er et fint verktøy som kan brukes for å se slike sammenhenger.

Søvnforstyrrelse

Nedsatt søvnbehov er for mange et tidlig varseltegn på at man begynner å bli manisk, da man som manisk ofte har svært nedsatt behov for søvn. Personer med bipolar lidelse er i ulik grad sensitiv

overfor forstyrrelser i søvn- og døgnrytme, men for en som er svært sensitiv kan selv én natts tapt søvn være tilstrekkelig for utløse en manisk episode. Mangel på søvn kan både utløse, opprettholde og forsterke en manisk episode. Den beste måten å mestre søvnforstyrrelser på er ved forebygging. Nøkkelen er å kjenne sitt egen søvnbehov og bestrebe seg på å opprettholde en fast døgnrytme. Alvorlig søvnforstyrrelse kan også behandles farmakologisk og i samråd med lege.

Kjøpetrang

Kjøpetrang, uvetting og ukontrollert pengebruk, er for mange et symptom på hypomani/mani. Dersom dette er et symptom for deg, er den en rekke forebyggende tiltak du kan iverksette. Du kan sikre at dine faste utgifter blir betalt hver måned (autogiro, automatisk trekk på lønningsdagen til egen konto for regninger), at du ikke har kredittkort eller tilgang på raske penger, eller en ”24-timers regel” for utsettelse av kjøp. Skriv opp i forebyggelsesplanen hva som vil være til hjelp for deg og hvorvidt du ønsker at andre skal gripe inn dersom du har en tendens til å sette din privatøkonomi i fare.

Alkohol- og rusmisbruk

Svært mange med bipolar lidelse tyr til alkohol og rusbruk fordi den umiddelbare rusvirkningen er så god og effektiv. Den kan virke dempende og beroligende, forsterke følelsen av velvære eller gjøre det lettere å sovne. Umiddelbar belønninger av denne typen fører i altfor mange tilfeller til utvikling av et rus- eller alkoholmisbruk, og på sikt til uheldige langtidsvirkninger. Man mister evnen til å kontrollere sykdommen, og det blir vanskeligere å skille hva som er sykdom og hva som er bivirkninger av misbruk. Mer om dette i kapittelet ”Bruk og misbruk av alkohol og andre rusmidler”.

Økt interesse, ideer og aktivitet

I maniske perioder har man en tendens til å påta man seg også flere oppgaver og prosjekter enn det man makter å fullføre. Dette i takt med økende selvfølelse og stadig flere interesser og ideer. Det er derfor viktig å ha en oversikt over hva som er ditt normale aktivitetsnivå i de periodene stemningsleiet er stabilt. Dersom du skriver ned hvilke ideer du får og hvilke prosjekter du påtar deg inn i en aktivitetskalender, er det enklere å se hvorvidt dette er overkommelig i tillegg til alt du vanligvis gjør. Da er det også lettere å bremse og ta kontrollen før det blir for mye. Søk hjelp dersom du ikke klarer å begrense din aktivitet.

Tankemessige forandringer ved depresjon

Negativitet

Et av kjerneelementene ved depressiv tekning er negativitet og pessimisme. Man kan være pessimistisk for fremtiden, ikke se valgmuligheter, endringer til det bedre synes lite sannsynlig og fremtiden ser mørk ut. Andres forsøk på å oppmuntre og støtte er ikke bare nyttesløs, men kan også oppleves som fornedrende og irriterende. Man tenker mye på alt det fæle som skjer i verden, på hvor grusomme vi mennesker kan være mot hverandre, hvor lite håp det er for de som lider, hvor altomfattende og overveldende alle verdensproblemene er, og hvor lite man selv kan gjøre. Man tenker også mer negativt om seg selv, egne kunnskaper og ferdigheter, utseende og verdi. Under en depresjon har man også redusert evne til å huske og å ta inn positiv informasjon. Det er lettere å huske og å rette oppmerksomheten mot alt som er negativt når man føler seg elendig og er deprimert. Man tar bare inn såkalt ”følelseskongruent” informasjon, dvs. informasjon og minner fra hukommelsen som samsvarer / stemmer overens med hvordan man føler seg. På denne måten virker kognisjon og følelser forsterkende på hverandre.

Kognitive feiltolkninger

På samme måte som ved hypomani/mani, vil stemningsleiet under en depresjon innvirke på hvordan man forstår og forholder seg til andre mennesker og situasjoner. Her er de vanligste kognitive feiltolkningene for en som er deprimert:

1. **Alt eller intet – tenkning:** Du ser alt i svart-hvitt. Dersom dine handlinger ikke er perfekte kan det være det samme. Du kan like gjerne la være å prøve, for det blir ikke bra nok likevel. Alt blir sett på som ekstremt i den ene eller annen retning, som enten bra eller dårlig, suksess eller fiasko. Det er ingen mellomting.

2. **Overgeneralisering:** Du ser én enkeltstående uheldig hendelse som et evigvarende mønster og som gjeldende for det meste du gjør. Én tabbe og alt er spolert, og det er dessuten typisk deg og for alt du gjør.

3. **Mentalt filter:** Du henger deg opp i én negativ detalj og tenker utelukkende på denne. På denne måten blir ditt syn på hele situasjonen formørket – som én dråpe blekk som formørker hele glasset med vann. (En liten kommentar, som du selvfølgelig fortolker negativt, er det eneste du husker etter talen du holdt, selv om alle de andre var positive).

4. **Diskvalifisering av det positive:** Positive hendelser eller erfaringer ”teller ikke”. De var bare unntak fra regelen. På denne måten bevarer du din stabile negative oppfatning, selv om denne gjentatte ganger blir motsagt. (De sa at det var bra for å trøste meg. Jeg holdt en elendig tale).

5. **Trekker for raske slutninger:** Du lager raskt en negativ fortolkning av en situasjon selv om det ikke finnes fakta som underbygger disse fortolkningene. Eks.

- **Tankelesning** – du konkluderer med at noen reagerer negativt på deg eller ikke liker deg uten at du sjekker om dette faktisk er tilfelle. Det kan være nok med et blikk, en liten kommentar eller at vedkommende ikke har ringt på et par dager.
- **Spåkonefeilen** – du forventer at ting vil ”gå på trynet” og du føler deg så overbevist om dette at denne spådommen blir et etablert faktum.

6. **Overdrivelser eller minimalisering:** Negative hendelser overdrives og får stor betydning, mens positive hendelser bagatelliseres og får liten betydning. Man har en tendens til å ”blåse opp” eller overdrive betydningen av egne feil og tabber, eller andres prestasjoner og fremgang. Samtidig minimerer man betydningen av egne gode egenskaper og prestasjoner, og andres dårlige egenskaper og tabber. På denne måten opprettholder man illusjonen om at man er et dårligere menneske og gjør det dårligere enn alle andre.

7. **Katastrofetenkning:** Du tillegger ekstreme og forferdelige konsekvenser til utfallet av en liten bagatell. (Jeg skalv litt i stemmen i begynnelsen av talen - de syntes sikkert jeg er håpløs – så håpløs at jeg kommer til å stryke til eksamen – og da får jeg meg aldri en ordentlig jobb).

8. **Emosjonell tenkning:** Følelsene dine validerer virkeligheten. ”Siden jeg føler det slik, da må det jo være sånn”. (Når jeg føler meg så usikker på henne, så er det fordi hun ikke liker meg).

9. **Bør-, skal- og må – setninger:** Du begrunner dine tanker og handlinger med slike forestillinger. ”Bør” og ”må” henger sammen med skyldfølelse. ”Skal” er rettet mot andre, og henger ofte sammen med sinne, frustrasjon og ergrelse.

10. **Merkelapp- tenkning:** Dette er en ekstrem form for overgeneralisering. I stedet for å beskrive den feilen du eller andre *gjør*, setter du en merkelapp på hvem du eller andre *er*. ”Jeg er en taper” eller ”Han er helt håpløs”.

11. **Personalisering:** Du ser deg selv som personlig ansvarlig for en eller annen ytre omstendighet som du faktisk ikke er eneansvarlig for, eller ikke ansvarlig for i det hele tatt. ”Alt det fæle som skjer her i verden har noe meg å gjøre” og ”Jeg kunne sikkert gjort mer”.

12. **Maladaptive tanker:** Tanker som ikke nødvendigvis er irrasjonelle eller forvrengte, men som virker forsterkende, og er lite produktive og konstruktive. For eksempel: ”Dette kommer til å bli kjempevanskelig” eller ”Det er urettferdig at akkurat jeg skal slite med dette problemet”.

Atferdsmessige forandringer ved depresjon

Depresjonsspiralen og apati

Symptomer på depresjon gir også utslag på atferd. Som eksempel kan nevnes søvnløshet, som igjen gjør at man lett blir sliten, føler seg uopplagt og har vanskelig for å opprettholde et normalt aktivitetsnivå. Mangel på energi gjør at man lett mister interesse og motivasjon for dagligdagse gjøremål og aktiviteter man vanligvis har glede av å gjøre. I tillegg kan man ha vanskelig for å ta avgjørelser om selv de mest dagligdagse ting, som hva man skal spise, ha på seg eller gjøre. Livet består plutselig av en endeløs rekke avgjørelser man ikke orker å ta, og enden på visa er ofte at man ikke orker noen ting. Man føler seg overveldet og blir apatisk.

Når man unngår arbeid, dagligdagse oppgaver og sosiale aktiviteter, unngår man samtidig muligheten

til å oppleve glede, samhørighet eller følelse av å ha oppnådd noe, som igjen kunne bidratt til å bekjempe depresjonen. Noen klarer så vidt det er å fullføre en arbeidsdag, men har ingen energi igjen til familie, venner og sosiale aktiviteter. Husarbeid og andre oppgaver som hoper seg opp kan lett skape konflikter i hjemmet. Man har dessuten konstant dårlig samvittighet overfor barna og ektefellen som man ikke orker å finne på noe med, og overfor venner man ikke orker å pleie. Det kan føles som om livet kun består av arbeid, ansvar, forpliktelser og problemer. Uten energi til å søke emosjonell støtte hos familie og venner, blir man dessuten sittende alene med sine problemer. Noen kan med betydelig innsats klare noen av eller alle dagens gjøremål, men avslutter dagen fullstendig utslitt, med behov for å trekke seg tilbake til soverommet eller på sofaen, kanskje også med hodepine eller ryggmerter. Det at man ikke fungerer optimalt eller like godt som tidligere vil for mange føre til

ytterligere følelse av skyld, skam og tristhet. Prosjekter som ikke fullføres og oppgaver som hoper seg

opp, kan til slutt føles overveldende og uoverkommelig. Apati og ineffektivitet nærer dessuten følelser som skyld, skam og håpløshet. Apati feiltolkes gjerne av andre som egoisme og latskap, og man kan bli beskyldt for å bruke sykdommen som unnskyldning for å unngå ansvar og forpliktelser.



Følelser som uoverkommelighet, ubesluttsomhet, dårlig samvittighet, skyld og håpløshet, er alle med på å forverre eller opprettholde depresjonen. Mange kommer ikke ut av denne depresjonsspiralen uten profesjonell hjelp.

14. Behandling av bipolare lidelser

Individuelt tilpasset behandlingsopplegg

Personer med bipolar lidelse er svært forskjellige selv om de tilhører samme pasientgruppe. Pasienter kan ha ulike symptomer og kombinasjoner av symptomer, og ulike forløp med komplekse årsakssammenhenger. En så variert pasientgruppe må derfor ha tilgang til mange ulike behandlingsalternativer og individuelt tilpassede behandlingsopplegg.

Kontroll på forløpet av din bipolare lidelse og mestring av symptomer er en livslang prosess. Som hovedperson i ditt liv, er det viktig å du tar aktiv del i denne prosessen og samarbeider om din behandling. Det er derfor viktig med kunnskap om og opplæring i de behandlingsalternativer som passer for deg og ditt sykdomsbilde. For de aller fleste med bipolar lidelse vil behandling innebære en kombinasjon av medikamentell behandling, samtalebehandling/oppfølging og praktiske tips man selv kan følge i hverdagen.

14.1 Medikamentell behandling

Vitenskapen kan fremdeles ikke gi noe enkelt svar på årsaken til bipolar lidelse, annet enn å vise til komplekse og multifaktorielle årsakssammenhenger. Noe vitenskapen imidlertid kan fastslå, er at bipolar lidelse er en sykdom i hjernen. En del av dette komplekse bildet viser at bipolar lidelse har å gjøre med ubalanse i reguleringen av såkalte nevrotransmittere (signalstoffer) i hjernen, hvis oppgave er å formidle kommunikasjon mellom hjernecellene. Denne kommunikasjon legger grunnlaget for all tankevirksomhet, følelser og fysiske aktivitet. En ubalanse vil kunne forårsake unormale store svingninger i stemningsleie, følelsesregulering og aktivitetsnivå. Vitenskapelige undersøkelser tyder på

at enkelte psykofarmaka (legemidler) er svært effektive når det gjelder å gjenopprette denne ubalansen. Eksakt hvordan medikamentene virker på prosessene i hjernen er ikke entydig kartlagt, men man ser en sammenheng mellom bruk av medikamenter og lindring av symptomer, og forebygging av tilbakefall. Imidlertid bør man ikke basere seg utelukkende på medikamentell

behandling. Best effekt oppnås iverksettes tidlig i kombinasjon psykososiale tiltak.



når medikamentell behandling med

Akutt- eller vedlikeholdsbehandling

Medikamentell behandling tar som nevnt sikte på å lindre symptomer ved å gjenopprette en ubalanse i hjernens regulering av signalstoffer. Vel så viktig er det å opprettholde denne balansen slik at nye sykdomsepisoder ikke slår ut. Man skiller her mellom **akuttbehandling** (behandling av den enkelte sykdomsepisode) og om **vedlikeholdsbehandling** (forebyggelse av nye episoder). Ubalanse i regulering av signalstoffer gir en rekke symptomer som påvirker følelsesliv, tanker og atferd. Medisiner behandler symptomene, men ikke selve sykdommen. Dersom du blir symptomfri med medisiner, er det fordi medisinerne virker. Dersom du slutter med medisiner kan du risikere nye sykdomsepisoder. Forskning viser at medisin hjelper opp til 60% av de som har diagnostisert bipolar lidelse, så det er noen medisiner ikke virker skikkelig på. Medisin kan være ditt verktøy til å få det bedre og hjelpe deg til å ta tilbake kontrollen over eget liv.

Det er vanlig å ha delte meninger om det å måtte ta medisiner. Det er derfor helt avgjørende for en vellykket behandling at du som pasient har realistiske forventninger og at du føler deg trygg. Du må forvente å få en grundig innføring i hvordan medisinerne virker, om mulige bivirkninger, tiltenkt varighet av behandlingen og hvor lang tid det tar før man forventer full effekt. Det er viktig med åpen dialog og godt samarbeid mellom deg og legen/psykiateren din, slik at dere sammen kan finne det legemiddel som passer akkurat for deg, dine symptomer og ditt sykdomsbilde. Dette er en forutsetning for å oppnå best mulig resultat med færrest mulig bivirkninger.

Ulike typer medikamenter

Det er fire typer medisiner som benyttes i behandling av bipolar lidelse i dag. Disse er **stemningsstabiliserende** medikamenter, som eventuelt suppleres med **antidepressiva**, **anipsykotika** og **anxiolytika** (angstdempende). Virkningen av de forskjellige medikamentene innenfor hver gruppe er nesten de samme. Bivirkningene er derimot forskjellige og vil ofte være avgjørende for valg av medikament. Det er vanskelig å forutse et sykdomsforløp eller hvor mottakelig en er for behandling. Ofte viser det seg nødvendig å prøve ut ulike typer av medisiner eller å kombinere forskjellige psykofarmaka innbyrdes for å finne det som passer akkurat ditt sykdomsbilde. Det er viktig at man da følger opplegget slik at effekten kan måles, og tar opp eventuelle problemer med legen.

Stemningsstabiliserende medikament

Målet for behandling med stemningsstabiliserende medikamenter er å stabilisere stemningsleiet til et normal leie, samt å forhindre tilbakefall. Enkelte stemningsstabiliserende medikamenter har best effekt på mani, mens andre virker best mot depresjon. Alle ser ut å ha en beskyttende og forebyggende effekt. Det er tre hovedtyper; litium, antiepileptiske og antipsykotiske medikamenter,

som alle har litt forskjellig effekt og bivirkninger.

Ulike typer stemningsstabiliserende

Generisk navn*	Handels-navn*	Anbefalt daglig dose*	Terapeutisk nivå*	Halveringstid T ½ (timer)*
Lithium carbonate	Lithionit	166-450 mg	0,5-1,0 mmol/l	25
Karbamazepin	Tegretol	600-1200 mg	15-45 mikromol/l	20
Valproat	Orfiril	300-1200 mg	300-600 miromol/l	11
Lamotrigin	Lamictal	200-400 mg	10-60 mikromol/l	29
Olanzapin	Zyprexa	5-20 mg	30-200 nmol/l	33
Quetiapin	Seroquel	25-600 mg	100-800 nmol/l	6

* Ordforklaring til tabell: Generiske navn er det kjemiske navnet på virkestoffet i medikamentet. Handelsnavn angir hva preparatet selges som i apotekene. Daglig dose er hvor mye medikament de fleste bruker per dag. Terapeutisk nivå er hvor stor konsentrasjon man bør ha i blodet. Halveringstid (T ½) angir hvor fort medikamentet nedbrytes og fjernes fra kroppen. Konkret angis hvor mange timer det tar før medikamentet er ute av kroppen.

Antidepressiva

Antidepressiva er fellesbetegnelsen for preparater som bl.a. virker på nevrotransmittersubstansen **serotonin**, og brukes først og fremst i behandling av depresjon. Hos deprimerte er innholdet av serotonin for lavt sammenlignet med den friske befolkningen. Man kan ikke tilføre kroppen serotonin, men antidepressiva øker indirekte nivået av serotonin i hjernen.

Antidepressiva påvirker humør og sinnstemning hos en som er deprimert, men har ingen oppkvikkende effekt på en som er frisk. Men når det gjelder pasienter med bipolar lidelse, kan behandling med antidepressiva utløse en manisk episode, og pasienten må derfor ha tett oppfølging.

Antidepressiva ordineres ofte i tillegg til stemningsstabiliserende, hvor de to da har en forsterkende effekt på hverandre. Antidepressiva benyttes også i behandling av angst.

Ulike typer antidepressiva

Generisk navn	Handels-navn	Anbefalt daglig dose	Terapeutisk nivå	Halveringstid T ½ (timer)
Citalopram	Cipramil	20-40 mg	70-350 nmol/l	36
Escitalopram	Cipralext	5-15 mg	25-140 nmol/l	30
Fluoxetin	Fontex	20-30 mg	650-2500 nmol/l	200

Sertralin	Zoloft	50-100 mg	30-175 nmol/l	28
Paroxetin	Seroxat	20-30 mg	70-450 nmol/l	24
Venlafaxine	Efexor	75-150 mg	450-2500 nmol/l	8
Mirtazapine	Remeron	1-45 mg	30-250 nmol/l	30

Antipsykotika

Antipsykotika regulerer innholdet av nevrotransmittersubstansen **dopamin**. Ubalanse i reguleringen av dopamin kan gi både psykose og mani. Antipsykotika benyttes først og fremst til pasienter med psykotiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Antipsykotika har imidlertid også vist seg effektiv i behandling av mani, særlig i akutte fasene. Når den akutte fasen er

over, er det vanlig å redusere dosen. Noen pasienter får imidlertid tilbake de maniske symptomene dersom dosen reduseres. Antipsykotika har sannsynligvis også en forebyggende effekt, både når det gjelder depresjon og nye maniske episoder. Antipsykotika virker også på uro og økt aktivitet.

Ulike typer antipsykotika

Generiske navn	Handels navn	Anbefalt daglig dose	Terapeutisk nivå	Halveringstid T $\frac{1}{2}$ (timer)
Olanzapin	Zyprexa	5-20 mg	30-200 nmol/l	33
Quetiapin	Seroquel	25-600 mg	100-800 nmol/l	6
Risperidon	Risperdal	0,5-4 mg	30-120 nmol/l	24
Ziprasidon	Seldox	40-80 mg	30-200 nmol/l	8
Aripiprazol	Abilify	7,5-30 mg	200-1000 nmol/l	85

Anxiolytika

Angst, motorisk uro, aggressivitet og søvnvansker er vanlige symptomer både ved mani, hypomani og depresjon. Anxiolytika er betegnelsen på en type medisin som kan virke positivt inn på disse symptomene. Preparatene har imidlertid det til felles at de er potensielt avhengighetskapende og kan gi bivirkninger som likner depresjon. Man ønsker derfor i størst mulig grad å begrense bruken av anxiolytika. Det bør derfor kun brukes i kortere perioder, slik som 2-3 uker om gangen. De fleste antidepressiva har også angstdempende effekt og kan være et utmerket alternativ, til tross for at de tar lengre tid å virke og gir risiko for utvikling av mani.

Ulike typer anxiolytika

Generisk navn	Handels navn	Anbefalt daglig dose	Halveringstid T $\frac{1}{2}$ (timer)
Diazepam	Valium, Stesolid	5-15 mg	72
Clonazepam	Rivotril	2-4 mg	40
Flunitrazepam	Rohypnol	0,5 mg	24
Oxazepam	Sobril, Alopam	15-45 mg	10

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

I de tilfeller hvor den medikamentelle behandlingen ikke fører fram, hvor man har forsøkt ulike kombinasjoner og doser, vil Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kunne være et alternativ. ECT anbefales også dersom pasienten er svært plaget av selvmordstanker og ute av stand til å ta avstand fra disse, eller har alvorlige psykotiske symptomer og ikke makter å ta til seg mat eller drikke. ECT vil i alvorlige tilfeller kunne forhindre utvikling av en livstruende fysisk sykdom, som kan oppstå ved langvarig, alvorlig depresjon.

Bivirkninger

Alle legemidler med god virkning kan også gi bivirkning. Målet med behandling er symptombedring, tilbakefallsforebygging og begrensnig av bivirkninger til et minimum; "lavest effektive dose", som er forskjellig fra person til person. Din egeninnsats, og at du rapporterer både virkning og bivirkninger til legen din, blir derfor viktig i denne prosessen.

De fleste bivirkningene oppstår i den akutte fasen hvor dosen er høyest. Bivirkningene vil avta over tid, særlig i vedlikeholdsfasen hvor dosen er lavere. Det er viktig å veie fordeler mot ulemper, og ikke

plutselig avbryte behandlingen hvis du får bivirkninger. Bivirkninger kan av og til være vanskelige å skjelve fra symptomer. Det anbefales at du tar opp problemer med bivirkninger med legen din før du eventuelt avslutter behandlingen. Ofte vil en reduksjon i dose kunne være et bedre alternativ.

Mulige bivirkninger

Bivirkninger	Litium og Antiepileptika	Antidepressiva	Antipsykotika
Vekt/appetitt	Vektøkning	Vektøkning	Vektøkning, økt appetitt
Motoriske	Skjelving på hendene	Skjelving på hendene	Uro, rastløshet Langvarige muskelsammentrekninger Langsomme bevegelser, skjelvinger, muskelstivhet Ufrivillige bevegelser av munn, tunge, fingre
Psykiske	Døsighet, for lite humør-variasjon	Angst, uro Søvnforstyrrelse	Rastløshet, agitasjon, inaktivitet, døsighet

Autonome	Tørste Munntørret	Hodepine	Munntørret, hurtig puls, EKGforandringer, BT-fall, svimmelhet
Mage/tarm	Diaré	Kvalme	Forstoppelse
Hormonforandringer	Nedsatt stoffskifte	Seksuell dysfunksjon	Økt prolaktin (melkedannelse, uteblitt menstruasjon, redusert sexlyst)
Hud	Kviser, utslett		

Det kan være fristende å kutte ut alle medisiner, gå ned i dose eller hoppe over doser dersom du er plaget av bivirkninger. Til tross for at medikamentet virker, kan bivirkninger bidra til at du ikke føler deg bedre. Enkelte bivirkninger forsvinner av seg selv etter noen dager eller uker, mens andre kan vare lenger.

Ikke mist motet av bivirkninger. Det finnes måter å redusere eller eliminere dem på. Det kan være ting du selv kan gjøre, som å endre tidspunktet du tar medisinen for å forhindre tretthet/søvnighet i løpet av dagen (ta i stedet medisinen før leggetid), eller ta medisinen sammen med et måltid hvis du plages av kvalme. I andre tilfeller kan andre medikamenter blokkere uønskede bivirkninger, eller man kan redusere dosen til et nivå som gjør at bivirkningene blir til å leve med.

Blodkonsentrasjon

Individuell virkning og bivirkning av medisin er det kun du selv som kan si noe om. Legen kan imidlertid måle blodkonsentrasjonen (serumverdien), som gir et ”objektivt” mål på hvordan medisinen virker. Referanserammen for det aktuelle legemiddelet finner du i rubrikken ”terapeutisk nivå” i tabellene ovenfor. Ca. 2/3 av pasientene har rapportert at behandlingen er vellykket og med få bivirkninger når serumverdien ligger innenfor den aktuelle referanserammen.

Situasjoner hvor det er særlig viktig å måle blodkonsentrasjonen er ved:

- Uteblitt effekt
- Mistanke om medisinslurv
- Uventede bivirkninger
- Inntak av andre medisiner som kan påvirke blodkonsentrasjon
- Sykdom i lever eller nyre

Hvilket preparat og hvor lenge?

Langvarige ubehandlede maniske eller depressive episoder kan forverre prognosen. Mange tilbakefall forverrer pasientens tilstand og kan påvirke prognosen. Det kan ta lang tid å oppnå normalt funksjonsnivå, og for hvert tilbakefall er det risiko for at man ikke oppnår samme funksjonsnivå som tidligere.

Mange opplever seg heldigvis godt hjulpet av medisiner og mange oppnår total symptomfrihet. Fristelsen for å slutte med medisininntak er imidlertid stor når man er blitt symptomfri og opplever seg selv som frisk. Beklageligvis er bipolar lidelse en sykdom med et livslangt forløp og medisinsk behandling må derfor opprettholdes til tross for fravær av symptomer.

Mange med bipolar lidelse savner de ”oppturene” hypomane og maniske episoder kan gi. Det er viktig å påpeke at hensikten med behandling er å få tilbake kontroll over sykdommen og ditt eget liv. Mani og depresjon tar bort den kontrollen, samtidig som den ødelegger evnen til å planlegge fremover. Vær oppmerksom på at ønsket om ”opptur” kan være på bekostning av denne kontrollen og evne til planlegging.

Hyppige årsaker til å avbryte behandling eller ikke ta imot behandling

- Føler seg frisk
- Mangel på sykdomsinnsikt
- Bivirkninger
 - psykisk
 - fysisk
 - sosialt
- For lite informasjon om virkning og bivirkning
- Negativ holdning fra pårørende eller samfunnet for øvrig

Mulige årsaker til manglende effekt av medikamentell behandling

Alle medikamenter for bipolar lidelse virker, men de virker ikke likt for alle. Dersom man opplever at det medisinske behandlingsopplegg ikke har den effekten man håpet på, så er man ikke alene om det. Mange pasienter med bipolar lidelse får liten eller ingen effekt av det første medikamentet de prøver ut. Det kan ta både to og tre forsøk med ulike medikamenter eller kombinasjoner av medikamenter, før man finner den behandlingen som virker best for nettopp seg og sine symptomer.

Det er særlig når man opplever at behandlingen ikke virker slik man ønsket, at det er viktig å se på mulige årsaker til dette. Det er slett ikke sikkert at det er noe man gjør galt. Dette er noe de aller fleste opplever i utprøving av nye medisiner. Vi skal ta for oss de vanligste årsakene til at behandlingen ikke har ønsket effekt.

Ikke nok tid

Det er vanlig å tro at medisinen ikke virker når man i virkeligheten ikke har gitt den nok tid til å oppnå full effekt. De fleste medikamenter for bipolar lidelse må tas i to til fire uker før man ser resultater. Noen medikamenter må ta opptil seks uker før det oppnår full effekt. Når man starter på et nytt medikament er det derfor viktig å være litt tålmodig i starten og gi medikamentet tid til å virke.

Dette kan være en tålmodighetsprøve, men forhør deg med legen din om hva du kan forvente av forbedring i ukene som kommer. Ulike personer responderer riktignok ulikt på medikamenter, men legen kan likevel gi en generell beskrivelse av hva du kan forvente deg.

For lav dose

Det er selve virkestoffet i medikament som må nå inn i hjernen for at medikamentet skal ha effekt. Mengde virkestoff som faktisk når inn i hjernen varierer fra person til person, selv om dosen er den samme. Det er derfor viktig, særlig i oppstarten av behandlingen, å følges hyppig opp av lege for å registrere effekt av medikamentet. Hvis medikamentet ikke oppnår forventet effekt, vil man i første omgang forsøke å øke dosen for å øke mengden av virkestoff til hjernen. Det er vanlig å begynne med en lav dose, for så å øke hvis nødvendig.

Du trenger ulike typer medikamenter

Dersom din bipolare lidelse er alvorlig eller behandlingsresistent, kan legen forskrive andre typer medikamenter eller du må ta andre medikamenter i tillegg. Hvis du for eksempel er i en akutt og alvorlig manisk episode, kan det være nødvendig med beroligende eller antipsykotiske medikamenter,

i tillegg til de stemningsstabiliserende, for å kontrollere symptomene. Stemningsstabiliserende kan

være nyttig for pasienter med eksempelvis ”Rapid Cycling”, mens pasienter med behandlingsresistent

depresjon, kan ha nytte av stemningsstabiliserende i tillegg til antidepressiva. Det kan være lurt å føre

”logg” over medikamentbruk og hvordan disse har virket (både hva som har virket, delvis virket og hva som ikke har virket). Dette vil være til stor nytte for legen dersom du skal prøve ut nye medikamenter.

Å etterleve foreskrevet behandling

Medikamenter gir dårligere effekt dersom de ikke tas slik som foreskrevet av legen. I mange tilfeller kan det være selve lidelsen som ligger til grunn at man glemmer å ta medisiner eller ikke lenger har tro på behandlingen. I en manisk fase, vil mange være forvirret eller så distraherbare at de rett og slett glemmer å ta medisiner. Som del av et manisk sykdomsbilde, kan man også bli overbevist om at man er frisk og ikke lenger har behov for behandling. I en depressiv fase kan man hoppe over doser fordi man sover for lenge, eller man kan være tilbøyelig til å tenke ”hva er vitsen?” og dermed slutte å

ta medisiner. Andre igjen kan bli fristet til å slutte med medisiner eller ta mindre enn forskrevet, nettopp fordi medisinerne virker og man begynner å føle seg bedre. Da er det imidlertid stor fare for tilbakefall.

Det er svært viktig å ta medisiner slik de er forskrevet helt til du i samråd med legen finner ut at du kan redusere dose eller trappe ned og slutte. Dersom du ofte glemmer å ta medisiner, kan det være lurt å minne seg selv om dette med en alarm på for eksempel mobilen eller holde oversikt med dosett. Å skrive ned hva, hvor mye og når du tok medisinerne dine hver dag, er også nyttig. Mange innarbeider en vane med å ta medisiner sammen med visse måltider, i leggeritualet eller når man står opp. For deg som fører stemningsdagbok, vil dette være en daglig påminnelse om å ta medisiner.

Bivirkninger

Som nevnt ovenfor

Annen medikamentbruk

Medikamenter for behandling av andre sykdommer/tilstander kan innvirke på de medisinene du tar for din bipolare lidelse. Den legen som forskriver medikamenter for din bipolare lidelse, må derfor få vite om alle andre medisiner du tar, også hva du tar og hvor mye, av ikke reseptbelagte medikamenter og naturpreparater, og om du endrer dose i disse.

Medisinske tilstander

Medisiner kan også miste effekt på grunn av medisinske tilstander som lavt stoffskifte (hypothyroidism), kronisk utmattelsessyndrom (chronic fatigue syndrom) og hjerneskade. Aldring og overgangsalder kan endre effekt i hjernen slik at man må justere dosen eller man må bytte medikament. Da kan det være fornuftig med en grundig fysisk undersøkelse ved oppstart av behandlingen og deretter hvert år. Det er også viktig å gjennomgå hele din medisinske historie med den legen som skal forskrive medikamenter og følge opp behandlingen.

Rusmisbruk

Alkohol eller illegale rusmidler har svært uheldig innvirkning på bipolar lidelse. Alkohol reduserer effekten av enkelte antidepressiva og kan i seg selv gjøre pasienten ustabil eller deprimert. Kombinasjonen alkohol og/eller narkotika og forskrevne medikamenter, kan gi alvorlige og farlige bivirkninger. Du reduserer dessuten nytten av psykoterapi (samtalebehandling) dersom du er ruspåvirket. Vær ærlig vedrørende eventuelle rusproblemer og rusmisbruk, slik at du kan få hjelp til å behandle og mestre dine rusproblemer.

14.2 Psykososial behandling

I tillegg til medisiner, vil pasienter med bipolare lidelser kunne ha stor nytte av **psykososial behandling**; psykoterapi (samtalebehandling) eller andre former for støtte, opplæring og veiledning. Psykososial behandling kan hjelpe deg å forebygge tilbakefall, hindre innleggelse, stabilisere stemningssvingningene og bedre funksjonsnivået på en rekke områder.



Psykoterapi

Psykoterapi kalles også samtalebehandling og omfatter en rekke behandlingsformer som bruker samtale og diskusjon som behandling. Ofte er målet mestring av kronisk sykdom. Dette kan gjøres ved å kartlegge og minimere ytre påkjenninger og stress (fra familie eller omgivelser, kritikk eller bekymringer), symptomlindring ved å bearbeide hvert enkelt symptom i relasjon til virkeligheten, eller ved å støtte, bevisstgjøre og korrigere feilaktige oppfattelser av egen person eller verden for øvrig.

Ulike former for psykoterapi

- **Individuell behandling:** De mest utbredte formene er kognitiv og psykodynamisk terapi. Hovedformålet er å støtte, rådgi, veilede og hjelpe pasienten til å se innholdet i egne tanker, følelser, handlemønstre, mestringsstrategier og kommunikasjon, og å omstrukturere disse ved behov. Ved bipolar lidelse er kognitiv atferdsterapi mest effektivt.
- **Gruppeterapi:** Individuell psykoterapi kan suppleres med gruppebehandling. I gruppe får pasienter blant annet muligheten til å dele sine erfaringer med andre i samme situasjon og med samme problem/sykdom, og til å lære av hverandre hvordan man takler og lever med sykdommen.
- **Familieterapi:** Hvordan familien/de nærmeste pårørende forholder seg til pasienten og dennes psykiske lidelse. Dette har vist seg viktig for sykdomsforløpet og pasienter kan derfor ha stor nytte av et behandlingstilbud for hele familien. Enkelte steder tilbyr behandling til flere familier samtidig i gruppe.



Andre psykososiale behandlingsformer

Det finnes flere typer tiltak som er basert på psykologiske og sosiale forhold i tillegg til psykoterapi. De viktigste er:

- **Miljøterapi:** De fysiske og psykiske forhold på psykiatriske avdelinger utgjør en viktig del av behandlingen for bipolar lidelse. Mange pasienter har snudd rundt på døgnet og trenger hjelp til å få sove om natten og komme seg opp om morgenen. Under innleggelse får pasienten hjelp til å strukturere hverdagen sin og rette opp døgnrytmen.

- **Rehabilitering:** Flere pasienter med bipolar lidelse har problemer med å selv oppnå en god, stabil og normal sosial tilværelse. Rehabilitering tar sikte på å jobbe målrettet med ulike områder som økonomi, bolig, jobb, utdanning, pensjon, fritid, omgangskrets m.m.
- **Psykoedukasjon:** Undervisning og informasjon om egen sykdom har vist seg med gunstig innflytelse på sykdomsforløp.

Effektive psykososiale tiltak ved bipolar lidelse

De mest effektive psykososiale behandlingsformer for bipolare lidelser er psykoterapi i form av kognitiv atferdsterapi, psykoedukativt opplegg, familierapi, og en nyere teknikk, interpersonlig - og sosial rytmeterapi. Det er en rekke studier som nå tar sammenlikner og tar for seg effekten av disse tiltakene når disse kommer i tillegg til medisinsk behandling av bipolare lidelser.

- **Kognitiv atferdsterapi** hjelper mennesker med bipolare lidelser til å endre uhensiktsmessige eller negative tankemønstre og atferd som bidrar til å opprettholde eller forverre lidelsen. Dette er basert på kognitive forhold, se kapittel 12, avsnittene om tankemessige og atferdsmessige forstyrrelser ved mani/hypomani og depresjon.
- **Psykoedukasjon** har med opplæring og undervisning å gjøre. Pasienter med bipolare lidelser kan lære om egen lidelse og hvilke behandlingsalternativer som foreligger. De kan lære om varselsignaler (hva som kjennetegner at en ny episode er i gjære), slik at behandling kan iverksettes før for eksempel sykehusinnleggelse blir nødvendig.
- **Famlieterapi** bruker metoder for å redusere nivået av stress i familien som bidrar til eller er resultatet av en persons symptomer.
- **Interpersonlig – og sosial rytme terapi** hjelper personer med bipolare lidelser både å bedre sine mellommenneskelige relasjoner og innarbeide gode rutiner i dagliglivet. Regelmessig livsførsel og regelmessig søvn kan beskytte mot maniske episoder.

På samme måte som med medisiner, er det også viktig å følge opp psykososiale behandlingstiltak for å oppnå den effekten man ønsker.

Helhetlig behandling

Bipolar lidelse er en kronisk sykdom som påvirker mange aspekter av livet. Vellykket behandling handler derfor ikke utelukkende om symptomfrihet, men også om reintegrering i samfunnet, og om muligheten til å leve et tilnærmet normalt og meningsfullt liv. Mest effektivt er en individuelt tilpasset og helhetsorientert behandling, som kombinerer god informasjon til rett tid, og ulike behandlingstilnærminger innenfor medisin og psykologi.

Bipolar lidelse og juss

De fleste innleggelse i en psykiatrisk avdeling foregår frivillig og i samarbeid mellom pasient og avdeling ut ifra det overordnede behandlingsprinsippet om ”at enhver voksen borger selv kan ta stilling til om han vil undersøkes eller behandles”.

Når det gjelder enkelte psykiske lidelser, som for eksempel bipolar lidelse, kan pasienten i perioder miste erkjennelsen av å være syk. Pasienten føler ikke noe behov for, og vil derfor motsette seg

nødvendig behandling. I slike situasjoner kan pasienten ”bli til fare for seg selv eller andre”, eller ”påføre seg selv unødig lidelse som følge sykdom”. Dette er en uholdbar situasjon for pasienten, og det er fastslått i loven at man kan og skal gripe inn mot pasientens vilje.

Lovgivningen om tvang finns i **psykisk helsevernloven** fra 2002. Loven gir mulighet for innleggelse i institusjon og oppfølging utenfor institusjon hvis det vurderes behov for det. Andre tiltak under tvang kan være behandling med legemidler uten eget samtykke, og fysisk tilbakeholding ved voldelig og farlig atferd.

Før tvungen behandling finner sted, skal man i samarbeid mellom pasient og lege, så langt det har vært mulig, ha forsøkt å oppnå frivillighet til anbefalt behandling. I dette samarbeidet gjelder ”minste middels prinsippet”, dvs. minst mulige inngrep må være forsøkt før lovgivningen gir hjemmel for ytterligere tiltak (for eksempel må man ha forsøkt behandling med tablett før man iverksetter behandling med injeksjon av medisin).

Før man kan benytte seg av tvang, må ett (eller begge) av følgende kriterier være oppfylt:

Pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse og

- Få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret.
- Utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og/eller helse.

De fleste pasienter med bipolar lidelse deltar frivillig i et velfungerende behandlingstilbud og bare sjeldent er det behov for bruk av tvang. Kun hvis tilstanden forverres, kan tvangsinnleggelse bli aktuell, og dette skjer som regel som en følge av opphør med medisin eller ved rusmisbruk.

Psykiatriske avdelinger må føre protokoll over enhver form for bruk av tvangsparagraf og pasienten må orienteres både muntlig og skriftlig om grunnlag for og omfang av tvang, såvel som klageadgang.

Klageadgang

Alle pasienter som har vært utsatt for bruk av tvangsparagraf i behandlingsøyemed har klageadgang. Personalet på de psykiatriske avdelingene har plikt til å hjelpe og veilede om saksgangen i en slik prosess. Alle pasienter underlagt psykisk helsevernlov har rett til fri rettshjelp/advokat og kan sammen med denne inngi skriftlig klage på vedtaket, eller vedtakene, til Kontrollkommisjonen.

Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen er en uavhengig kontrollinstans oppnevnt av helsedepartementet. Den skal kontrollere at alle pasienter som er underlagt psykisk helsevernlov får adgang til nødvendig og korrekt helsehjelp. Kontrollkommisjonen ledes av en jurist, og består i tillegg av en lege og to andre medlemmer, der den ene selv har vært underlagt psykisk helsevern, er eller har vært pårørende til pasient, eller har representert pasientinteresser i stilling eller verv. Saker som bringes inn for kontrollkommisjonen behandles innen 2 uker, og pasienten eller den som handler på pasientens vegne, gis anledning til å uttale seg.

Sosiale og trygdemessige forhold

I tillegg til medikamenter og psykososial behandling, er sosiale- og trygdemessige forhold viktig for en helhetlig behandling. En sosionom eller saksbehandler ved ditt lokale sosialsenter/trygdekontor vil kunne svare deg på spørsmål om:

- Lønn under sykdom
 - Rehabiliteringsytelse
 - Medisinsk attføring
 - Uføretrygd
 - Beskjeftigelse
 - Medisintilskudd
 - Støtte/kontaktperson
 - Individuell plan



15. Å leve med bipolar

lidelse

Bipolar lidelse er en sykdom du må leve med og forholde deg til resten av livet. Men selv om du ikke kan endre diagnosen din, er det likevel mye du selv kan gjøre for å bedre livskvaliteten og utsiktene for et tilnærmet normalt liv.

I dette kapitlet tar vi for oss viktigheten av regelmessighet i hverdagen, stabil døgnrytme og søvn, stressmestring og generelle livsstilsfaktorer.

Regelmessig søvn og sosial rytme

Bipolar lidelse er en sykdom som delvis kan årsaksforklares og beskrives med *ubalanse*, både biokjemisk (ubalanse i regulering av signalstoffer) og symptomatisk (ubalanse i stemningsleie). Enkelte forskere hevder at man kan motvirke denne ubalansen med å opprettholde en regelmessig sosial rytme og ved å ta viktige livsstilsfaktorer på alvor. Denne regelmessigheten omhandler døgnrytme (når du legger deg, sovner, våkner og står opp), måltider, rutiner, aktiviteter, jobb og hvem du er sammen med. Alle slike faste, daglige, ytre holdepunkter er med på å regulere vår indre ”biologiske klokke” som i sin tur er med på å regulere søvnmønsteret vårt. Personer med bipolar lidelse kan være svært sensitive overfor selv små endringer i søvn- og døgnrytme, slik at **alt som bidrar til å forstyrre søvnen er å betrakte som potensielle risikofaktorer for ny sykdomsepisode.**

Det å opprettholde en regelmessig sosial rytme og et regelmessig søvnmønster, er altså måter å **forebygge** nye sykdomsepisoder og bidrar til å stabilisere stemningsleiet ditt. Andre ting man kan gjøre er å spise riktig og mosjonere regelmessig.

Kosthold

Som for alle som ønsker en sunn livsstil og å forebygge sykdom, er det å spise riktig vel så viktig for

personer med bipolar lidelse. Balanse og regelmessighet er stikkord også her. Man må tilstrebe et variert kosthold og balansere inntak av proteiner, karbohydrater, vitaminer, mineraler og kostfiber, inkludert mye frukt og grønnsaker. Man bør spise hyppig, gjerne opptil 5 små måltider om dagen, og tilstrebet fast måltidsmønster. Man må også moderere inntaket av fett, kolesterol, sukker og salt. Man bør drikke minst 8 glass vann daglig, og enda mer hvis man trener eller tar visse typer medisiner.

Man

bør moderere inntak av kaffe og alkohol.

Det kan være lurt å planlegge handletur i matvarebutikken, planlegge måltider og alltid sørge for å ha sunne matvarealternativer hjemme.

Hvis du har en tendens til overspising, kan det være nyttig å skrive ned hvordan du føler deg og hva som har skjedd forut for en episode med overspising. Overspising kan for noen være en måte å håndtere stress eller negative følelser på. Dette er derfor noe du bør diskutere med din behandler.

Vær oppmerksom på endringer i appetitten (tendens til overspising eller manglende appetitt), da dette for noen er et tidlig varselsymptom på en ny sykdomsepisode. Endringer i appetitten kan også

være en bivirkning på medisiner. Enkelte medisiner forsterker suget etter mat eller forsinker metthetsfølelsen (som bivirkning) og man har normalt måltid. Hvis man gir etter for dette suget, vil man følgelig legge klarer å motstå suget etter mat, kan du motvirke overvekt ved å tilstrebe gode vaner med mosjon.



lyst på mer mat selv etter et

på seg over tid. Dersom du ikke

velge riktige matvarer og samtidig

Mosjon

For mange kan det å skulle sette av tid til trene eller å skulle komme i gang med trening etter en lang pause, oppleves som nok en kilde til stress i hverdagen. Imidlertid vet man at regelmessig trening gir stor helsegevinst både fysisk og psykisk, og det er ikke mye tid man behøver å sette av for at trening skal virke forebyggende. 30 minutters trening (etter ditt eget nivå og tempo) 3 ganger i uken er en bra målsetning.

Det er viktig å starte ut fra den fysiske formen man er i og gi seg tid til å trene seg opp. For noen innebærer målsetningen å klare 30 minutters gange, mens andre kan ta seg en frisk joggetur. Det er like viktig å velge en aktivitet man setter pris på. Ikke alle liker å jogge og ikke alle trives innendørs på et helsestudio. Finn ut hvilke muligheter du har i ditt nærmiljø og se etter mulighet for gratis prøvetimer hvis du er usikker på om invester gjerne i nytt treningstøy og gode hjelp å ha noen å trene sammen med, til



aktiviteten passer for deg. sko. For mange er det til stor faste tider hver uke.

Regelmessig døgnrytme, regelmessig handler om ting du selv kan opprettholde i sykdomsepisoder. I neste avsnitt skal vi se omhandler alt som er med på å ytterligere hjernen, og som også forstyrrer daglige

mosjon og balansert kosthold hverdagen for å forebygge nye på hva du bør **unngå**. Dette forstyrrer en biokjemisk ubalanse i aktiviteter, søvn- og døgnrytme.

Bruk og misbruk av alkohol og andre rusmidler

Noe som har en **direkte** innvirkning på den medfødte, biologiske sårbarheten, er rusmidler. Rusmidler kan være en direkte utløsende årsak til bipolar lidelse (når du har en medfødt, arvelig sårbarhet), kan påvirke forløpet av bipolar lidelse (hyppigere og mer alvorlige episoder), og kan forsterke og forlenge en eventuell sykdomsepisode.

I den senere tid har begrepet ”dobbeldiagnoser” blitt satt på dagsorden, både i politiske miljøer og innen helsevesenet. Begrepet henspiller på samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk. Vi vet at svært mange som sliter med psykiske vansker, og særlig personer med bipolar lidelse, har en økt risiko for skadelig rusmisbruk. Mange finner også trøst og lindring i rusbruk. Vi vet at dette har en uheldig innvirkning på sykdomsutvikling og funksjonsnivå. Det er selvsagt fristende å oppfordre til totalavhold, da dette vil være det ideelle, men samtidig vet vi at dette er urealistisk. Målet for den enkelte pasient bør være å forsøke å begrense sin rusbruk så mye som overhode mulig og tenke på konsekvensene.

Rus og tilbakefall

Bruk av alkohol og narkotiske stoffer er å betrakte som **risikofaktorer** for utvikling av nye episoder med mani, hypomani og depresjon hos mennesker med bipolar lidelse. Vi vet at mennesker med bipolar lidelse ofte har en overfølsomhet for svingninger i humøret, noe selv små mengder alkohol kan gi. Dette er særlig risikabelt i perioder hvor man allerede kjenner varselsignaler på at en ny episode er underveis. Enkelte stoffer, som for eksempel LSD, amfetamin og kokain, stimulerer frigjøring av dopamin i hjernen. Dette gir en virkning som minner om mani, med storhetstanker, tankeflukt, paranoia, irritabilitet og økt energi, og kan utløse en manisk eller blandet episode.

Alkohol

hemmer aktiviteten i sentralnervesystemet og forstyrrer søvnrytmen. Enkelte opplever at de sovner lettere etter å ha drukket alkohol, men kvaliteten på søvnen blir dårligere. Dette er særlig uheldig for mennesker med bipolar lidelse, siden vi vet at regelmessighet i døgnrytme og tilstrekkelig søvn er svært viktig for å unngå tilbakefall. Mange mennesker drikker eller bruker stoff for å føle seg mindre nedstemt eller for å roe seg ned. Studier viser imidlertid at alkohol faktisk forsterker depressive symptomer. Mange opplever en beroligende virkning av hasj og marihuana, men her viser studier at disse stoffene faktisk kan utløse manier.

Rus og medisiner

I tillegg til å utgjøre risikofaktorer for tilbakefall, har alkohol og narkotiska også uheldige effekter på medisinopptaket i kroppen. Når man tar medisiner, vil samtidig inntak av alkohol eller stoff, svekke eller forsterket virkningen av medisinene. Dette gjør det vanskelig å finne den riktige medisindosen som skal forhindre tilbakefall av ny sykdomsepisode. Alkohol- og stoffmisbruk gjør også at man lettere glemmer å ta medisiner. Studier viser at alkohol- og stoffmisbruk er forbundet med flere innleggelser og symptomer på psykose hos mennesker med bipolar lidelse.



For å forebygge nye episoder med mani og depresjon, er en bevisstgjøring rundt egen bruk av rusmidler svært viktig. En nyttig øvelse i så måte er å kartlegge hva og hvilke situasjoner som ”trigger” trangen til å bruke rusmidler, dvs. hva er risikosituasjoner for deg (dvs. en situasjon hvor

det er overveiende sannsynlig at du får lyst til å ruse deg/drikke deg beruset). Videre er det nyttig å se på hvordan du reagerer i slike situasjoner og hva konsekvensene er for deg.

Hvis du vet at du har utviklet et avhengighetsproblem, eller bekymrer deg om din rusbruken; ikke nøl med å ta opp dette med din faste behandler eller fastlege. Disse har kompetanse og kan hjelpe deg, eller henvise deg videre. De aller fleste som har utviklet et avhengighetsproblem, trenger profesjonell hjelp til å komme ut av dette, og det er ingen som kan forvente at du skal klare dette alene. For mange er et rusmisbruk også knyttet opp til hvem man vanligvis omgås. En begrensning i rusbruk vil derfor gjerne innebære en begrensning i hvem man kan være sammen med. Å slutte med alkohol eller narkotika kan derfor bli en ganske ensom affære. Å gå i gruppebehandling er imidlertid en mulighet, ikke bare for å få hjelp til å bekjempe et avhengighetsproblem, men også for å bli kjent med andre som ønsker en ny kurs i livet.

Stress

Man tror også at stress, i likehet med rusmidler, er med på å forverre den kjemiske ubalansen i hjernen, og at stress kan utløse, forlenge eller forverre en episode med mani eller depresjon. Stress er imidlertid ikke noe man kan unngå på samme måte som alkohol eller andre rusmidler. Siden stress også er å betrakte som en risikofaktor for personer med bipolar lidelse, er det viktig å se nærmere på hva stress er, hvordan du reagerer på stress, hva som er kildene til stress i ditt liv og hvordan du kan håndtere og redusere stress i dagliglivet.

Hva er stress?

Stress er et ord vi bruker i det daglige, men hva mener vi egentlig med stress? ”Stress” er nemlig et noe upresis begrep som kan referere til mange ulike ting:

- Stress kan referere til selve **kilden** til stress, Det som stresser oss. Kilder til stress kalles ”stressorer”. En stressor kan være en ”ytre faktor”, noe i omgivelsene våre eller noe ved en situasjon (for eksempel støy, arbeidsoppgaver, folkemengde, en konflikt, trafikk-kaos). Kilden til stress kan også komme ”innenfra” og være en fantasi, en tenkt situasjon (forventning), et dårlig minne eller bekymring som tankene kverner rundt
- Stressorer må være noe vi oppfatter og tenker at angår oss, at det er noe vi må forholde oss til eller tilpasse oss, eller at det er noe ønsker å oppnå. Dette er en kognitiv prosess, hvor vi vurderer noe (kilden) til å være et krav, en trussel, en belastning, en omstilling eller en målsetning. For at noe skal oppfattes som ”stress”, må vi altså først vurdere hvor mye kreves av oss og om vi har de ressursene som kreves tilgjengelige.
- Dette igangsetter **biokjemiske reaksjoner** i hjernen og det frigjøres signalstoffer og hormoner (bl.a. adrenalin og kortisol).
- Signalstoffene og hormonene igangsetter **fysiologiske reaksjoner i kroppen** (bl.a. økt blodtilførsel i musklene og hjernen, redusert blodtilførsel til mage og tarm, økt respirasjonsfrekvens og forbedret konsentrasjon).
- Disse biokjemiske og fysiologiske reaksjonene har fysiske og psykiske **korttidsvirkninger**:

Hensikten er å kunne yte bedre og raskere, nettopp for å kunne tilpasse oss det vi oppfatter som krav fra omgivelsene (såkalt ”positivt stress”).

- Men disse biokjemiske og fysiologiske reaksjonene har også uheldige

langtidsvirkninger

(såkalt ”negativt stress”): De signalstoffene og hormonene som skilles ut i kroppen under stress (biokjemisk reaksjon) vil over tid ”tære” på kroppen (bl.a. føre til nedsatt immunforsvar).

Kroppens vil **signalisere overbelastning** (eks. hodepine, stiv nakke, søvnforstyrrelser, høyt blodtrykk, konsentrasjons- og hukommelsesvansker) og vil til slutt kunne utløse både fysisk og psykisk sykdom og plager som magesår, angst, hjerteinfarkt, utbrenthet, depresjon og mani/hypomani.

Stress kan altså være både:

- Selve kilden til stress (en stressor).
- Selve oppfatningen og vurderingen av denne stressoren (kognisjon).
- Selve stressreaksjonen i kroppen (biokjemiske og fysiologiske reaksjoner).
- Konsekvensene av stress (fysisk og psykisk) er å betrakte som positive (korttidsvirkninger) og negative (langtidsvirkninger).

Stress som en subjektiv vurdering

Noe som er viktig når vi snakker om stress, er at stress starter i ”hodet”. Stress er **oppfatningen og vurderingen** av en situasjon. Stress er derfor **subjektivt**, dvs. noe du oppfatter som stressende, oppfattes ikke nødvendigvis som stressende av en annen. Stilt overfor en situasjon vil du automatisk tenke som følger:

1. Er dette et krav? Er dette noe jeg må forholde meg til og tilpasse meg? Er dette noe jeg ønsker å oppnå?

2. Hvilke muligheter har jeg for å imøtekomme dette kravet? Har jeg de nødvendige ressurser, kunnskaper og ferdigheter som skal til?

Det er mange forhold som spiller inn på en slik vurdering; personlighet, livssituasjon, helsetilstand, humør, livserfaringer, økonomi, selvtillit, støtte fra familie og venner m.m.

Man blir stresset i den grad kravene i en gitt situasjon overgår det man har av ressurser, kunnskap og ferdigheter. Hvis man er litt optimist, kanskje man tenker at man kan klare det hvis man mobiliserer alt man har av krefter og fokuserer på måloppnåelsen? Eksempel på dette kan være å skulle ta en eksamen, skulle i et jobbintervju eller holde en tale. I slike situasjoner kan stress være svært positivt fordi det får deg til å yte mer, jobbe raskere eller forberede deg bedre. Slike situasjoner er også tidsbegrensede. Du vet at eksamen er i mai og så kan du ta deg ferie, eller at jobbintervjuet er på fredag, og så kan du ta helg. Man kan også tåle relativt lange perioder med stress (for eksempel et langt studium med mange eksamener), dersom man i perioder lar kroppen hente seg inn (restitusjon),

sikrer et godt søvnmønster, begrenser bruken av alkohol, spiser sunt trener regelmessig.

og



Andre situasjoner som alvorlig sykdom i familien, eller vedvarende konflikter i ekteskapet, i familien eller på arbeidsplassen kan oppleves som ekstra belastende fordi de kan innebære liten grad av kontroll (at det er lite en selv kan gjøre for å påvirke situasjonen), lav forutsigbarhet (at det høyst usikkert hvordan utfallet blir) og liten grad av sosial støtte (fra venner, kollegaer, familie). Man kan ikke alltid unngå eller gardere seg for situasjoner eller livshendelser som innebærer stress. Det er imidlertid en rekke ting man kan gjøre for å forebygge og mestre stress bedre, og i den grad det er mulig, forhindre de alvorlige konsekvensene stress kan medføre for personer med bipolar lidelse.

Store livshendelser

Både maniske og depressive episoder har en tendens til å opptre etter ”store livshendelser”, dvs. hendelser eller situasjoner som innebærer store forandringer i livet. Som nevnt ovenfor er dette hendelser som innebærer at vi må tilpasse oss en ny situasjon. Disse kan objektivt sett være enten positive eller negative. **Positive livshendelser** er for eksempel det å få ny kjæreste, bryllup, å vinne penger, kjøp av nytt hus, flytte, forfremmelse på jobben eller det å få barn. **Negative livshendelser** er for eksempel egen sykdom eller sykdom i familien, ulykker, dødsfall, å miste jobben eller en skilsmisse.

Noen forskere har sett nærmere på om man kan skille mellom typer av livshendelser og hva slags episode som utløses. Slike studier har vist at hendelser som er målorienterte, aktiviserer områder i hjernen som har med belønning å gjøre (atferdsaktiverende områder), og utløser oftest mani.

Hendelser som involverer tap og avvisning, aktiviserer områder i hjernen som har med straff å gjøre (atferdshemmende områder), og utløser som oftest depresjon. Både atferdsaktiverende og atferdshemmende områder har med aktivisering og hemming av signalstoffene dopamin og serotonin å gjøre.

Dette innebærer at mennesker med bipolar lidelse kan være mer sensitive overfor hendelser som er målorienterte eller tap/avvisningsorienterte. Dette er grunnen til at både positive og negative livshendelser er å betrakte som risikosituasjoner for personer med bipolar lidelse.

Felles for store livshendelser og alle andre situasjoner vi må tilpasse oss i hverdagen, er at de innehar et element av stress.

16. Avslutning

Det viktigste med økt kunnskap om bipolar lidelse, er å kunne gjøre denne kunnskapen aktuell og meningsfylt for deg, ditt liv og ditt sykdomsbilde. Ikke minst er det sentralt hva du faktisk gjør med denne kunnskapen - hvordan du omsetter kunnskap til praksis.



”Starry Night” av Vincent van Gogh

Kildehenvisning:

- David J. Miklowitz (2002); The Bipolar Disorder Survival Guide. The Guilford Press.
- Monica R. Basco & John Rush (1996); Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. The Guilford Press.
- U.F. Malt, N. Retterstøl & A.A. Dahl (2003); Lærebok i psykiatri. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Rolf-Petter Larsen (1996); Stress og mestring av stress. Universitetsforlaget AS.
- A. Assadi & J. Skansén (2001); Stresshåndboken. Tiden Norsk Forlag.
- Michael W. Otto, Noreen Reilly-Harrington, Gary S. Sachs & Robert O. Knauz (2004); STEP Collaborative-Care Workbook.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)(2002); Suicide Prevention and Mood Disorders.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)(2002); Rapid Cycling and its Treatment..
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)(2002); Healthy Lifestyles. Improving and Maintaining The Quality of Your Life.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)(2002); Dealing Effectively with Bipolar Disorder.
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)(2002); Understanding Treatment Challenges: Finding your way to Wellness.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2002); Bipolar Disorder.