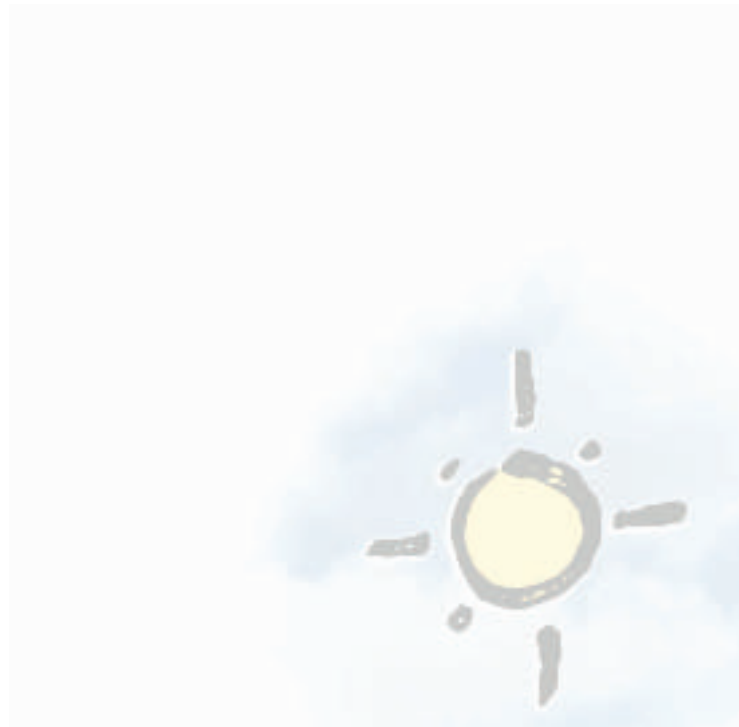


## Forord

Formålet med dette hæfte er at informere personer med bipolar affektiv lidelse og deres pårørende om sygdommen og dens behandling. Hæftet er udarbejdet i Klinik for Mani og Depression som en del af et mere omfattende undervisningsmateriale til brug i psykoedukative grupper for patienter og/eller pårørende, men kan læses selvstændigt. Det kan eventuelt inddrages i samtaler med behandlere. Forfatterne takker Janssen-Cilag DK for sponsorering af udgivelsen.

Krista M. Straarup  
Klinisk psykolog

Rasmus W. Licht  
Specialeansvarlig overlæge, ph.d.





## Indhold

### Indledning 00

### Den bipolare lidelses udtryk og forløb 00

- Manien 00
- Depressionen 00
- Blandingstilstanden 00

### Den bipolare lidelses forløb 00

- Diagnosticering af bipolar lidelse 00
- Diagnosen bipolar affektiv lidelse efter ICD-10 00
- Vanskeligheder forbundet med at stille diagnosen 00
- Bipolar lidelse og anden psykisk lidelse 00

### Årsagsforhold 00

- Sårbarheds-stressmodellen 00
- Biologiske faktorer 00
- Psykologiske og sociale faktorer 00

### Psykologiske og sociale konsekvenser af bipolar lidelse 00

- Identitet og selvopfattelse 00
- Arbejdslivet 00
- Familien 00

### Behandling af bipolar lidelse 00

- Generelle behandlingsmæssige forhold 00
- Medicinsk behandling ved mani 00
- Medicinsk behandling ved depression 00
- Forebyggende medicinsk behandling 00
- Psykoekation 00
- Psykoterapi 00

## Indledning

*Bipolar affektiv lidelse* er en undergruppe af de såkaldte *affektive lidelser*. Affektive lidelser er psykiske lidelser, hvor det grundlæggende er en forandring i stemningslejet (grundstemningen). Ved depression er stemningslejet forsænket, og ved mani er det løftet eller irriteret. Ved begge tilstande ses desuden en række ændringer af tænkningen, følelseslivet og adfærden. Når det skal vurderes, om stemningslejet er unaturligt ændret, må der dels tages hensyn til, hvad der forekommer rimeligt og passende for en given situation, dels tages højde for, hvad der er den enkelte persons normalt tilstand. Endelig er det centralt at vurdere varigheden af tilstanden.

Såvel mani som depression kan optræde hos en person en enkelt gang i løbet af livet, men det hyppigste er dog, at en mani eller en depression efterfølges af nye sygdomsepisoder, kaldet *recidiver*. Hvis en person udelukkende har haft depressive episoder anvendes diagnosen *tilbagevendende depression*. Når der hos en person optræder episoder med mani og depression eller gentagne manier anvendes diagnosen *bipolar affektiv lidelse*. Selvom det er denne betegnelse som anvendes i det officielle diagnose-system ICD-10, omtales sygdommen i det følgende blot som *bipolar lidelse*. Der er et vist overlap mellem den bipolare lidelse, og det man tidligere kaldte manio-depressiv psykose. En af forskellene er, at man i dag erkender, at disse tilstande både kan optræde i såvel psykotiske (sindssygelige) som ikke psykotiske former.

Risikoen for at udvikle en bipolar lidelse i løbet af livet er ca. 2-3 %. Sygdommen begynder almindeligvis i den sene ungdom eller tidlige voksenalder og optræder lige hyppigt hos mænd og kvinder. Der er en selvmordsrisiko på 10-15 %, og i forbindelse med bipolar lidelse ses ofte andre psykiske lidelser, især misbrug og angsttilstande. Lidelsen er neurobiologisk forankret, hvor genetiske faktorer har en afgørende betydning, men vigtige livsbegivenheder fx en eksamen, en flytning eller et tab af en nærtstående er ofte det, der udløser en mani eller en depression. Det er vigtigt, at bipolar lidelse bliver erkendt og behandlet så tidligt som muligt, idet der ellers er risiko for forværring af tilstanden med hyppigere og sværere sygdomsepisoder.



## Den bipolare lidelses udtryk og forløb

### Manien

En mani udvikler sig ofte pludseligt over timer eller dage, men kan også vise sig gradvist over nogle uger. Ubehandlet varer manien som regel mellem to og otte måneder, men kroniske former kan ses.

I den lette form af manien, den såkaldte *hypomani*, har personen som regel en oplevelse af øget engagement, øget selvtillid og øget velvære. Ofte ses øget energi og øget produktivitet, ligesom søvnbehovet kan være lettere nedsat. Indimellem kan den hypomane person måske være irriteret eller selvhævdende, men vedkommende er dog i stand til at kontrollere sin adfærd på en social acceptabel måde.

Ved den *klassiske mani* er stemningslejet som regel præget af unaturlig opstemthed, overdreven jovialitet eller ubekymret lykkefølelse. Nedsat behov for søvn er et meget almindeligt symptom og ofte det allertidligste. Det løftede stemningsleje ledsages hyppigt af perioder med øget vrede og irriterabilitet. Ligeledes ses markant øget energi og øget aktivitet på forskellige områder. Den typiske maniske person tænker hurtigt, taler meget, er ofte mere urolig og rastløs end normalt, ligesom selvfølelsen er forhøjet. Ofte ses en usædvanlig iderigdom og foretagsomhed samtidig med udtalt koncentrationsbesvær, der bevirker, at den maniske person let lader sig distrahere af omgivelserne eller af egne indfald. Der er ofte urealistiske tanker om egen formåen, der i kombination med en mangel på selvkontrol kan give sig udslag i hasarderet og hæmningsløs adfærd såsom urealistiske økonomiske dispositioner, indtagelse af større mængder alkohol eller grænseoverskridende seksuel adfærd. Ofte kan vreden eller irriterabiliteten forstærkes, hvis personen bremses i sine gøremål.

I de svære tilfælde af mani optræder af og til såkaldte *psykotiske symptomer* i form af enten vrangforestillinger (urokkelige overbevisninger som strider mod almindelig fornuft) eller hallucinationer (sansoplevelse uden ydre stimulus). Vrangforestillinger kan dreje sig om særlige evner (fx at man kan gå på vandet eller telepatere) eller særlig identitet (fx at man er Jesus eller Gud). Der kan ligeledes være tale om forestillinger om at være udvalgt til en særlig opgave eller ideer om at være forfulgt eller at være genstand for andres

misundelse eller forelskelse. Hallucinationerne er typisk hørelsesshallucinationer, hvor personen fx kan opleve en stemme, der taler til vedkommende i overdrevne positive vendinger.

I sjældne tilfælde kan en mani uden behandling føre til udvikling af en livstruende forvirringstilstand, et såkaldt akut delir. Ved akut delir er tilstanden præget af svær rastløshed og uro, stigende legemstemperatur og væsketab, der alt sammen kan føre til, at hjerte og kredsløb bryder sammen.

Den maniske person har ikke sjældent manglende forståelse for, at andre kan opfatte tilstanden som værende sygelig. Når den sværere maniske på et senere tidspunkt erkender, hvad der er sket, opleves hændelsesforløbet ofte som svært pinagtigt. I sådanne faser er det vigtigt at være opmærksom på risikoen for selvmord.

### Depressionen

En *depression* kan som en mani begynde meget pludseligt, men udvikler sig oftest gradvist og begynder med diskrete symptomer som fx søvnforstyrrelser eller træthed. Uden behandling varer en depression som led i en bipolar lidelse typisk fra få måneder til et år, og i sjældne tilfælde udvikler tilstanden sig i kronisk retning. Udover det forsænkede stemningsleje, som opleves som tristhed, sortsyn eller tab af evnen til at føle noget, er depressionen typisk kendetegnet ved nedsat lyst og nedsat energi. Evnen til at kunne glæde sig og føle interesse for det, der sædvanligvis har kunnet medføre engagement, er nedsat. Søvn er ofte forstyrret fx i form af tidlig morgenopvågning, vanskeligheder med at falde i søvn eller sove igennem. Ofte er appetitten nedsat eller øget, hvilket kan resultere i markante vægtændringer eventuelt over kort tid. Nedsat seksuallyst er også et hyppigt symptom.

Tænkningen er ofte påvirket i form af langsommere og mindre effektiv tankegang, hvilket kan medvirke til rådvildhed og ubeslutsomhed. Talen kan ligeledes være langsom og monoton og uden almindelig følelsesmæssig nuancering. Den deprimerede person kan have en fornemmelse af at bevæge sig langsommere end normalt, og i sværere tilfælde er hæmningen så udtalt, at vedkommende faktisk bevæger sig langsommere. Koncentrations- og hukommelsesbesvær forekommer hyppigt og kan indimellem føre til en forvirringstilstand.



Den depressive person er typisk præget af nedsat selvagtelse og nedsat selvtillid i samvær med andre, ligesom der ofte er en tendens til at isolere sig og trække sig fra social kontakt. Varierende grader af selvmordstanker er ofte tilstede fra en fornemmelse af, at det kunne være en lettelse ikke at vågne om morgenen til egentlige tanker eller ligefrem planer om selvmord.

I forbindelse med depression ses ofte urimelige selvbebrejdelser eller skyldfølelse. Bagatelagte hændelser fra fortiden kan blive tillagt uforholdsmæssig stor betydning. Tankeindholdet kan som ved mani i sværere tilfælde antage karakter af vrangforestillinger: Det kan være vrangforestillinger om skyld, eksempelvis forestillinger om, at sygdommen er en straf for en eller anden banal forseelse. Der kan også være selvhønlørende vrangforestillinger, hvor vedkommende er overbevist om, at andre taler om ham eller hende, uden at det er tilfældet. I forbindelse med svær depression kan der ligeledes optræde hallucinationer, hvor vedkommende fx oplever, at der bliver talt til ham eller hende. Der kan fx være tale om stemmer, der taler nedsættende om personen eller opfordrer til selvmord.

I forbindelse med depression kan der optræde fysiske symptomer såsom forstoppelse eller smerter forskellige steder i kroppen. Ligeledes ses ofte varierende grader af angst, særlig i begyndelsen af en depression. Angsten kan spænde fra letvakt ængstelse til vedvarende angst. Af og til optræder egentlige angstanfald, ligesom angst i sociale sammenhænge ikke er ualmindeligt. Angst for at dø eller at lide af alvorlig fysisk sygdom ses også. Når en depressionen er præget af angst og samtidig rastløshed, anvendes af og til betegnelsen agiteret depression.

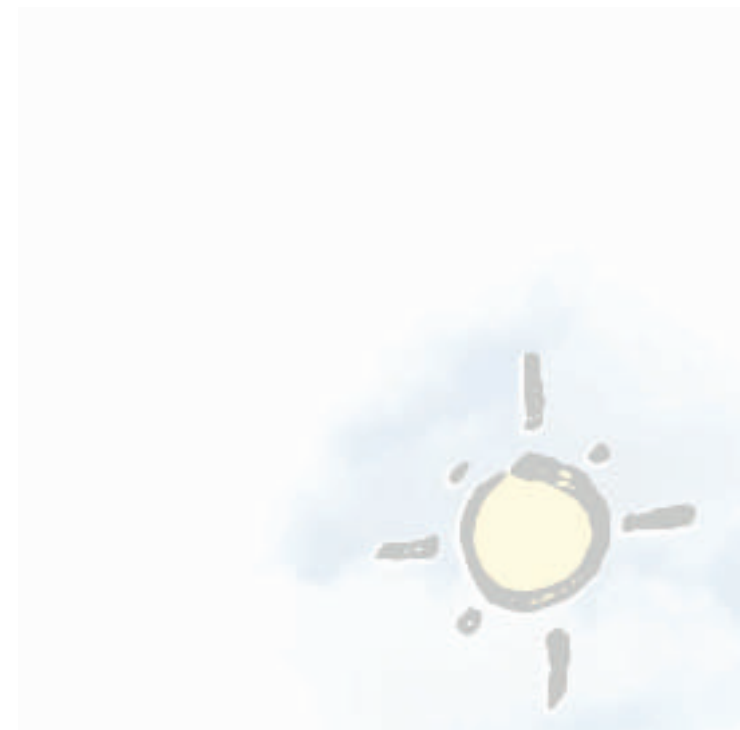
I forbindelse med en depression kan man som i en mani have vanskeligt ved at erkende, at man er syg. Den deprimerede kan ofte tro, at tilstanden er noget, vedkommende bare skal acceptere, gennemleve eller på anden vis selv klare selv.

## Blandingstilstanden

De såkaldte *blandingstilstande* er kendetegnet ved, at maniske og depressive symptomer optræder samtidigt eller ved hurtige skift fra en depressiv tilstand til en manisk tilstand og tilbage igen. I sidstnævnte tilfælde kan personen fx inden for samme time svinge mellem tristhed og opstemthed, mellem hæmning og hyperaktivitet, mellem opgiveness og selvovervurdering.

Blandingstilstande optræder som selvstændige sygdomsepisoder eller i forbindelse med overgang fra mani til depression eller omvendt. I op mod 40 % af maniske episoder er der iblandet depressive symptomer; og man anvender da betegnelsen *manisk blandingstilstand*. Der findes også overvejende *depressive blandingstilstande*, hvor personen udover det forsænkede stemningsleje fx er præget af uro, rastløshed og forceret tale.

Kombinationen af depressive symptomer og øget energi/handlekraft medfører, at blandingstilstande er forbundet med en relativ høj selvmordsrisiko.





## Den bipolare lidelses forløb

Forløbet ved bipolar lidelse er meget varierende fra person til person. Mens sygdomsforløbet hos nogle mennesker er præget af manier og depressioner, er det hos andre domineret af depressioner og hypomanier. Atter andre oplever et sygdomsbillede overvejende karakteriseret af blandingstilstande og depressioner. Hos den samme person kan der desuden være stor variation i symptomer fra episode til episode. Undersøgelser tyder på, at depressioner optræder tre gange hyppigere end manier hos patienter med bipolar lidelse.

Mellem sygdomsepisoderne er der ofte neutrale perioder af varierende længder d.v.s. fra uger til år eller årtier. En del personer med bipolar lidelse oplever dog lettere depressive eller maniske symptomer uden for de alvorlige episoder. På samme måde kan der i flere uger til måneder efter en mani eller en depression ofte ses restsymptomer i form af træthed, nedsat energi eller vanskeligheder med koncentration og hukommelse. I sjældne tilfælde svinger personen næsten uafbrudt mellem mani, depression og blandingstilstand. Optræder der mere end fire episoder om året, taler man om "rapid cycling" (et udtryk fra det amerikanske diagnosesystem). Et sådant forløb ses i knap en femtedel af tilfældene og er hyppigere hos kvinder end hos mænd.

Prognosen for den enkelte sygdomsepisode er relativ god. Langtidsprognosen ved bipolar lidelse er imidlertid uhyre varierende og afhænger af flere forhold. Prognosen bedres afgjort ved iværksættelse af relevant og tidlig behandling og ved et godt samarbejde mellem behandler og patient. Forhold som gode personlighedsmæssige ressourcer og social støtte har ligeledes positiv indflydelse på forløbet, mens tilstedeværelsen af misbrug eller angstlidelser har tendens til at forværre prognosen.

## Diagnosticering af bipolar lidelse

### Diagnosen bipolar affektiv lidelse efter ICD-10

At stille diagnosen bipolar affektiv lidelse kræver en systematisk undersøgelse og udspørgen fra lægens side og forudsætter selvsagt viden om sygdommen og dens forløb. Lægen skal afklare eventuelle aktuelle symptomer og tage stilling til, om patienten opfylder kriterierne for hypomani, mani, depression eller blandingstilstand. Han/hun skal desuden skaffe sig overblik over eventuelle tidligere symptomer og sygdomsepisoder. I Danmark har vi (sammen med de fleste andre lande) siden 1994 anvendt WHO's klassifikationssystem, International Classification of Diseases 10. udgave (ICD-10). I følge ICD-10 er hver enkelt psykiatrisk tilstand defineret ud fra nogle kriterier, der er opstillet på baggrund af forskellige former for forskningsresultater og fælles klinisk erfaring.

*Manier* inddeles i ICD-10 efter sværhedsgrad i hypomanier, manier uden psykotiske symptomer og manier med psykotiske symptomer. I figur 1 ses de diagnostiske kriterier for en mani uden psykotiske symptomer: For diagnosen hypomani er det tilstrækkeligt, at symptomerne har varet i fire døgn og kravet til antal symptomer (B(1)-B(9)) er mindre omfattende. Hvis indlæggelse er nødvendig, og de øvrige kriterier for mani er opfyldte, er det per definition altid en mani, selvom symptomerne har varet under 1 uge. For at stille diagnosen mani skal det, som det fremgår af kriterium D (figur 1) udelukkes, at de maniske symptomer kan forklares ud fra en bestemt neurologisk eller medicinsk sygdom, som fx henholdsvis dissemineret sclerose eller forhøjet stofskifte. Ligeledes må symptomerne ikke være led i et misbrug, som fx en amfetaminrus. I sådanne tilfælde opfattes manien ikke som en del af en bipolar lidelse, men kaldes i stedet en organisk eller misbrugsforårsaget mani.

Ved mani med psykotiske symptomer optræder vrangforestillinger eller hallucinationer. Der er nævnt eksempler på vrangforestillinger og hallucinationer i afsnittet om maniens udtryksform. Der kan også være såkaldte sproglige tankeforstyrrelser, som viser sig i kommunikationen, og som spænder fra tankeflugt (ekstrem form for øget tankevirksomhed) til symbolsk tankegang, som er svær at følge for andre. Tilstedeværelsen af psykotiske symptomer er ofte forbundet med ringe sygdomserkendelse. Normalt vil personer med psykotiske symptomer kunne tvangsindlægges og tilbageholdes, hvis der i øvrigt er grund



hertil, ligesom disse personer ved svær kriminalitet i stedet for straf eventuelt kan blive dømt til behandling. Disse foranstaltninger kan af og til anvendes, uden der foreligger egentlige psykotiske symptomer, nemlig hvis sygdommen er så svær, at realitetsopfattelsen svigter.

*Depressioner* inddeles i ICD-10 efter sværhedsgrad i depressiv episode af lettere, moderat og svær grad samt depression af svær grad med psykotiske symptomer. I figur 2 ses de diagnostiske kriterier for depression uden psykotiske symptomer. Det skal i øvrigt pointeres, at der kan optræde en lang række symptomer ved depression, som ikke er anført under de diagnostiske kriterier. Det skyldes ganske enkelt, at disse symptomer som fx angst eller smerter ikke er specifikke for depressionen. Udover kravet om tilstedeværelsen af art og antal af symptomer (B og C i figur 2) skal de generelle kriterier for depressiv episode

### Figur 1

ICD-10 diagnostiske kriterier for manisk episode uden psykotiske symptomer

- A:** Opstemthed, eksaltation eller eretisme >1 uge eller indlæggelse nødvendig.
- B:** >3 (4 ved eretisk stemning) af følgende med udtalt påvirkning af dagliglivsfunktioner:
- (1) hyperaktivitet, rastløshed, uro
  - (2) talepres
  - (3) tankeflugt
  - (4) hæmningsløs adfærd
  - (5) nedsat søvnbehov
  - (6) øget selvfølelse, grandiositet
  - (7) distraktibilitet eller usamlethed
  - (8) hensynsløs, uansvarlig adfærd
  - (9) øget sex-drift
- C:** Ingen hallucinationer eller vrangforstillinger
- D:** Organisk ætiologi udelukkes

være opfyldte (A i figur 2). Disse generelle kriterier er, at varigheden skal være mindst 14 dage, og ligesom for maniens vedkommende skal såkaldt organisk årsag (fx Parkinsons sygdom) og misbrugsårsag (fx alkoholmisbrug) udelukkes.

Er depressionen sekundær til én af de nævnte tilstande er det enten en organisk depression eller en misbrugsforårsaget depression.

Også i forbindelse med depression kan der optræde psykotiske symptomer i form af hallucinationer eller vrangforestillinger, som der er givet eksempler på i afsnittet om depressionens fremtrædelsesform. Svær hæmning opfattes også som et psykotisk symptom. Overvejelserne om tilstedeværelse eller ej af psykotiske symptomer og tvangsforanstaltninger, som er skitseret overfor i forbindelse med mani, gælder også depression. Fx kan en depressiv person, som ikke spiser eller drikker i visse tilfælde tvangsindlægges

### Figur 2

ICD-10 diagnostiske kriterier for depressiv episode uden psykotiske symptomer

- A:** Mindst 2 ugers varighed af nedenfor nævnte symptomer og udelukkelse af organisk årsag
- B:** Mindst 2 (alle 3 ved svær depression) af følgende depressive kernesymptomer:
- (1) nedtrykthed
  - (2) nedsat lyst eller interesse
  - (3) nedsat energi eller øget træthedsbarhed
- C:** Mindst 2 (4 ved moderat og 5 ved svær depression) af følgende ledsagesymptomer:
- (1) nedsat selvtillid eller selvfølelse
  - (2) selvbeprejdelse eller skyldfølelse
  - (3) tanker om død eller selvmord
  - (4) tænke- eller koncentrationsbesvær
  - (5) agitation eller hæmning
  - (6) søvnforstyrrelser
  - (7) appetit- eller vægtændring
- D:** Ingen hallucinationer, vrangforestillinger eller stupor



uden at have egentlige psykotiske symptomer. Blandingstilstande defineres i ICD-10 som tilstedeværelsen af samtidigt eller skiftevist optrædende maniske og depressive symptomer gennem 14 dage.

Når lægen ud fra ICD-10 kriterierne har taget stilling til tilstedeværelse af de enkelte sygdomsepisoder stilles den endelige diagnose. Diagnosen *bipolar affektiv lidelse* kan stilles, hvis der er mindst to sygdomsepisoder og mindst én hypomani, mani eller blandings-tilstand, og det samtidigt er godtgjort, at episoderne ikke er sekundære til legemlig sygdom eller misbrug. Er der tale om en enkeltstående hypomani, mani eller blandings-tilstand, kategoriseres denne i ICD-10 som en såkaldt *enkeltepisode*.

I ICD-10 anvendes af og til diagnosen *cyklotymi*, som kendetegnes af vedvarende (gennem mindst 2 år) udsving i manisk og depressiv retning, men hvor kriterierne for mani eller depression på intet tidspunkt er opfyldt. Der findes også andre lettere tilfælde, som minder om den bipolare lidelse, men som ikke opfylder kriterierne. Af og til ses betegnelsen det *bipolare spektrum* anvendt som en samlende betegnelse for alle de tilstande, der har fællestræk med den egentlige bipolare lidelse (inklusive denne).

### Vanskeligheder forbundet med at stille diagnosen

Selvom bipolar lidelse er en af de mest veldefinerede tilstande inden for psykiatrien, går der ofte flere år fra de første symptomer eller sygdomsepisoder viser sig til tilstanden erkendes og diagnosticeres. Dette hænger bl.a. sammen med, at det kan være svært for den syge at erkende problemet selv. Desuden kan der også være vanskeligheder forbundet med at få stillet den korrekte diagnose fra lægens side.

Flere undersøgelser peger på, at der er tendens til, at de lette manier og hypomanier overses, hvilket resulterer i at en del mennesker med bipolar lidelse fejlagtigt får diagnosen tilbagevendende depression. Der er flere grunde til dette. Den hypomane person søger sjældent behandling, da hverken han/hun eller omgivelserne oplever tilstanden som et problem eller en sygdom. Møder samme person i depressiv tilstand på et senere tidspunkt sin læge, vil såvel lægen som patient ofte fokusere på den aktuelle depression og dermed overse de tidligere hypomanier.

Depressioner som led i en bipolar lidelse kan ligeledes overses. Ofte går der lang tid, før en person søger hjælp for sin depression. Dette hænger sammen med, at det kan være vanskeligt at erkende, at der er tale om en sygdom, der skal behandles. De depressive selvbeprejdelse og skyldfølelsen kan ligeledes hindre en person i at søge hjælp, idet tilstanden opfattes som selvforskyldt og dermed ses som noget, man ikke skal besvære andre med. Endelig kan depressionen være atypisk og fx være præget af angst og/eller uro eller af smerter.

Ved såvel mani som depression kan tilstandens sværhedsgrad undervurderes, hvis der overvejende fokuseres på personens aktuelle fremtræden. Ved begge tilstande er det muligt at opretholde facaden i kortere tidsrum, og man kan virke nogenlunde upåfaldende for en umiddelbar betragtning. En grundig udspørgen fra lægens side af personen eller oplysninger fra pårørende om vedkommendes nuværende og tidligere funktionsniveau vil ofte udgøre et vigtigt bidrag til vurdering af tilstanden.

Bipolar lidelse, specielt den psykotiske mani kan forveksles med skizofreni, idet de psykotiske symptomer kan dominere over stemningssymptomerne. Ligeledes opfattes tilstanden ofte fejlagtigt som en personlighedsforstyrrelse. Det gælder specielt blandings-tilstande, som er præget af forvirring og hyppige stemningsskift. Her gælder det om at huske på, at en personlighedsforstyrrelse er en tilstand, der har været der siden ungdommen og ikke pludseligt indtræder senere hen i livet. Man skal dog være opmærksom på, at personlighedsforstyrrelser kan optræde sammen med bipolar lidelse.





Et stort forbrug af hash, alkohol eller centralstimulerende stoffer kan, udover at udløse eller forværre de depressive eller maniske symptomer, kamuflere disse symptomer og således skabe forvirring i sygdomsbilledet.

Hos unge og hos ældre kan der være særlige vanskeligheder forbundet med at stille diagnosen. Hos unge forveksles bipolar lidelse ofte med opmærksomhedsforstyrrelse (også kaldet ADHD) eller adfærdsforstyrrelser. Ved alle aldersgrupper, men især de ældre, er det vigtigt at være opmærksom på, at såvel mani som depression kan udløses af organiske forhold.

## Bipolar lidelse og anden psykisk lidelse

Mennesker med bipolar lidelse kan i kortere eller længere perioder være præget af andre psykiske lidelser. Forekomst af misbrug eller angstlidelser i form af panikangst, agorafobi, tvangslidelse (obsessiv kompulsiv tilstand) eller social fobi er særlig hyppigt, men spiseforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelse eller personlighedsforstyrrelse ses også i visse tilfælde. Tilstedeværelsen af andre psykiske lidelser har tendens til at påvirke forløbet af den bipolare lidelse i negativ retning og er som tidligere nævnt ofte forbundet med en dårligere prognose.

## Årsagsforhold

### Sårbarheds-stressmodellen

Både biologiske og psyko-sociale faktorer antages i dag at spille en afgørende rolle for udviklingen af bipolar lidelse. En alment accepteret forklaringsmodel er den såkaldte sårbarheds-stressmodel, hvor det antages, at særlige biologiske forhold som til en vis grad er genetisk bestemte, gør personen sårbar overfor netop at udvikle bipolar lidelse, hvis der opstår forskellige former for uspecifikke stress-situationer. Stress kan i denne forbindelse defineres bredt som psykiske, sociale eller fysiske belastninger. Jo højere grad af biologisk sårbarhed der er, jo mindre belastning skal der til for at udløse en sygdomsepisode. Ifølge denne model er det altså sårbarheden og ikke sygdommen som sådan, der nedarves.

### Biologiske faktorer

Blandt de biologiske årsagsfaktorer spiller de genetiske forhold en fremtrædende rolle. Dette understøttes af forskellige familieundersøgelser. Er der således bipolar lidelse blandt nærtbeslægtede (søskende, børn/forældre) øges risikoen for at udvikle sygdommen med mindst en faktor 10 i forhold til befolkningen i almindelighed. Hvis en én-ægget tvilling har sygdommen er risikoen for at den anden tvilling bliver syg 70-80%. Man antager, at der er mange forskellige gener involveret, men der har endnu ikke været afgørende gennembrud i identifikationen af sådanne gener.

Ved scanning af hjernen hos patienter med bipolar lidelse kan man af og til se mindre forandringer, hvis betydning dog endnu er ukendt. Undersøgelser har vist, at forandringerne hos yngre er korrelerede til tilstedeværelse af bipolar lidelse i familien.

Hormonelle forandringer kan spille en rolle for udviklingen af bipolar lidelse. Hos kvinder med kendt bipolar lidelse og tidligere fødselsrelaterede affektive episoder er risikoen for en ny sygdomsepisode i forbindelse med fødsel og barsel op mod 50%. For lavt stofskifte hos patienter med bipolar lidelse synes forbundet med hyppige recidiver. Lyspåvirkning har også indflydelse på sygdommen. Forekomsten af maniske episoder er således højest i forårs- og sommermånederne, ligesom visse former for depression især omtræder i de mørke måneder. Søvnforstyrrelser kan også ofte sættes i forbindelse med udviklingen af en sygdomsepisode. En mani kan således udløses, hvis en person undlader at sove. Det





kan dog være vanskeligt at skelne mellem søvnforstyrrelse som årsag og søvnforstyrrelse som tidligt, måske første symptom på en mani. Udløsning af sygdomsepisoder hos personer med bipolar lidelse i forbindelse med jet-lag ved rejse gennem tids-zoner ses også.

Hash, alkohol og centralstimulerende stoffer kan udløse en i forvejen bestående bipolar lidelse. Det samme gælder behandling med prednison og i sjældne tilfælde visse andre lægemidler. Behandling med antidepressiva kan af og til udløse maniske symptomer ved bipolar lidelse.

Ved mani og depression kan man påvise ændringer i visse af hjernens såkaldte signalstoffer, dvs. de molekyler, som nervecellerne kommunikerer ved hjælp af. Det er også virkningen af disse signalstoffer, fx dopamin og serotonin, som de forskellige lægemidler påvirker; men nogen sammenhængende forståelse af, hvordan det hele hænger sammen, har man endnu ikke.

## Psykologiske og sociale faktorer

Psykologiske og sociale faktorer kan som nævnt spille en rolle i udløsningen af en sygdoms-episode, hvad enten det er første episode eller en senere episode i et sygdomsforløb. Psykisk stress udgøres ofte af negative livsbegivenheder eller forandringer; men forhold, der udefra set forekommer positive såsom forelskelse eller arbejdsmæssig forfremmelse, kan også udgøre et stress-moment. Hvorvidt en specifik begivenhed eller særlige forhold udløser stress afhænger til dels af personens egen tolkning og håndtering af situationen.

I praksis er der en række kendte psykologiske og sociale forhold, der kan medvirke til at udløse en sygdomsepisode. Maniske symptomer opstår hyppigt i forbindelse med søvnmangel og/eller målrettet adfærd og øget engagement f.eks. i forbindelse med eksamen, overarbejde eller forelskelse, mens den bipolare depression ofte opstår i forbindelse med tab, krænkelser, mangel på social støtte og familiemæssige konflikter. Det er af og til vanskeligt at skelne mellem den udløsende faktorer og de første tidlige tegn, fx ved en begyndende mani, hvor et øget engagement fx i form af forelskelse kan fremprovokere maniske symptomer; ligesom forelskelse i sig selv kan være et tidligt tegn på mani.

## Psykologiske og sociale konsekvenser af bipolar lidelse

### Identitet og selvopfattelse

For mennesker med bipolar lidelse udgør de maniske og depressive perioder en voldsom belastning. Under sygdomsepisoderne og i tiden derefter oplever mange alvorlige personlige, arbejdsmæssige og sociale problemer. Hvor omfattende de psykologiske og sociale konsekvenser bliver for den enkelte er især afhængig af sygdommens forløb (episodernes antal, sværhedsgrad, varighed og art).

Tab, krænkelser og nederlag følger hyppigt i kølvandet på sygdommen. Det kan dreje sig om tab af mellem menneskelige relationer eller tab af status, økonomiske tab eller nederlag i forbindelse med arbejde eller uddannelse. Ofte er der betydelige vanskeligheder med at leve op til rollen som ægtefælle, kæreste, forældre, ven eller arbejdskollega. Efter en mani ses hyppigt skam og fortrydelse over impulsive og evt. ødelæggende handlinger. Mange oplever kortere eller længerevarende ændringer i deres opfattelse af sig selv og omverdenen fx nedsat selvværd, nedsat livskvalitet, isolation og fornemmelse af stigmatisering, dvs. en følelse af at være anderledes og mærket på grund af sygdommen.

Hvis sygdommen debuterer i barndom og tidlig ungdom kan det medvirke til, at personen udvikler en grundlæggende skrøbelig og usikker selv- og identitetsopfattelse. Ligeledes kan et langt, intensivt sygdomsforløb hos en person, der tidligere har været velfungerende, føre til en varig personlighedsmæssig forandring.



## Arbejdslivet

Under en mani eller depression er det for langt de fleste mennesker umuligt at passe et arbejde eller uddannelse. En undtagelse er dog den hypomane person, der af og til kan være mere effektiv, engageret og produktiv end normalt. Hypomanien udvikler sig dog som tidligere nævnt hos nogle til en mani, hvor det så ikke længere er muligt for personen at være effektiv og gennemføre sine projekter. Hos andre svinger hypomanien over i en depression, hvor alle igangsatte aktiviteter og planer pludselig opleves som uoverkommelige og umulige at videreføre.

Efter en sygdomsperiode gør restsymptomer i form af træthed, manglende energi og problemer med hukommelse, koncentration og opmærksomhed det ofte svært at genoptage en uddannelse eller arbejde på normale vilkår. Ofte ses en nedsat sårbarhed overfor stress og belastning. Vanskelighederne med at passe et arbejde eller et studium kan være forbigående eller af mere vedvarende karakter. En del mennesker med bipolar lidelse kan på den baggrund have behov for forskellige former for sociale hjælpeforanstaltninger såsom sygedagpenge, kontanthjælp eller revalideringsstøtte. Er der tale om en varig begrænsning i arbejdssevnen trods relevant behandling kan fleksjob eller pension komme på tale. Hvis der ikke er muligheder for at indgå i en uddannelse eller arbejdsmæssig funktion, er der som regel behov for andre aktivitetsmuligheder som fx daghøjskole, frivilligt arbejde m.m.

## Familien

Når en person udvikler en mani eller depression påvirker det ikke blot vedkommende selv, men også omgivelserne, dvs. familie, venner, arbejdskolleger, studiekammerater m.fl. Omgivelserne reagerer naturligvis forskelligt, men typiske følelsesmæssige reaktioner er bekymring, angst, skyld, irritation/vrede, afmagt, sorg, skam, håbløshed eller udmattelse. De nærmeste har af og til vanskeligt ved at forholde sig til sygdommen/diagnosen og kan i starten reagere med benægtelse, distancering, kritik overfor den syge eller behandlingssystemet. Andre pårørende oplever allerede fra begyndelsen, at det er en lettelse, at der bliver stillet en diagnose og iværksat en behandling.

I forbindelse med depression er det især svært for de nærmeste at tackle, at den syge har en udtalt tendens til at se negativt på sig selv og verden, har selvmordstanker, isolerer sig, er mere nærtagende og har svært ved at deltage i praktiske og sociale aktiviteter på samme måde som før. Under manien bliver de pårørende ofte bekymrede eller vrede i forhold til den syges urealistiske syn på sig selv og verden, tendens til impulsiv og eventuelt ødelæggende adfærd og vanskeligheder med at acceptere begrænsninger og indblanding.

Selv om den pårørende er indstillet på at støtte og hjælpe den syge, kan han eller hun i forbindelse med længerevarende sygdomsperioder selv blive overbelastet og præget af udmattelse og frustration. Af og til udvikler den pårørende selv en behandlingskrævende depression.

I tiden efter en sygdomsperiode er det vigtigt at få genetableret forholdet til de nærmeste. For de pårørende er det til stadighed en udfordring at beherske balancegangen mellem på den ene side at være opmærksom på eventuelle sygdomstegn og på den anden side ikke at lade frygten for nye sygdomsperioder dominere hele forholdet. I et parforhold kan der desuden være vanskeligheder forbundet med at genskabe intimitet eller tidligere funktioner og roller. Er der børn, er det vigtigt at have særlig opmærksomhed på dem og deres reaktioner på sygdommen. Hos yngre mennesker med bipolar lidelse kan der i forbindelse med sygdommen opstå en øget afhængighed af deres forældre. Det kan da på sigt være svært for den unge at genskabe sin selvstændighed, ligesom forældrene kan have vanskeligt ved at slippe ansvar og kontrol.



## Behandling af bipolar lidelse

### Generelle behandlingsmæssige forhold

Patienter med bipolar lidelse har i de fleste tilfælde behov for et varieret og længerevarende behandlingstilbud. Som hovedregel varetages behandlingen af bipolar lidelse i dag af hospitals- og distriktspsykiatrien, af praktiserende speciallæger i psykiatri og i et vist omfang også af praktiserende læger. Der er ofte behov for ekspertviden og tilvejebringelse af en sådan ekspertviden sikres bl.a. gennem oprettelse af specialiserede klinikker.

Behandlingen af bipolar lidelse kan opdeles i behandling af den enkelte sygdomsperiode og i forebyggelse af nye episoder. Medicin spiller en afgørende rolle i såvel den akutte som i den forebyggende behandling, og i de senere år er man i stigende grad blevet opmærksom på behovet for at kombinere den medikamentelle behandling med psykologisk behandling i form af psykoedukation og psykoterapi. De overordnede mål med behandlingen er:

- 1) at dæmpe de depressive eller maniske symptomer og afkorte den enkelte sygdomsperiode samt modvirke, at en depression skifter til mani og omvendt;
- 2) at forebygge nye sygdomsepisoder;
- 3) at forebygge selvmord;
- 4) at minimere de psykologiske og sociale omkostninger ved lidelsen.

Mens behandlingen af lettere eller moderate sygdomsepisoder som regel kan klares ambulant, er hospitalisering ofte påkrævet i forbindelse med manier og svære depressioner. Under en indlæggelse har den medicinske behandling af den aktuelle sygdomsperiode i kombination med miljøterapeutiske tiltag høj prioritet. Som en del af behandlingen har såvel den syge som de pårørende herudover behov for information om sygdommen og vejledning om, hvordan de bedst kan forholde sig i den aktuelle situation.

I behandlingen af mani er noget af det sværeste ofte at motivere den maniske patient til at lade sig behandle. Vedkommende kan opleve, at behandlerne kun er ude på at forhindre ham i at have det rart. Den manglende sygdomserkendelse medfører, at op mod 20% af alle akut indlagte maniske patienter indlægges med tvang, ligesom en del frivilligt indlagte må tvangstilbageholdes. Under indlæggelsen er der ofte behov for intensiv skærm-

ning og anden form for begrænsning af patientens indtryk og aktivitetsniveauet med henblik på at forebygge yderligere forværring af den maniske tilstand.

Patienter med sværere depressioner, herunder depressioner med særlig selvmordsrisiko og nedsat væske- og fødeindtagelse, har almindeligvis behov for indlæggelse, og af og til er det også her nødvendigt at indlægge patienten mod vedkommendes vilje. Uanset om den deprimerede indlægges eller ej, er der behov for kontakt, støtte og hjælp til strukturering af dagligdagen.

I al behandling af bipolar lidelse er det vigtigt at tage hensyn til andre samtidigt optrædende psykiske lidelser. Specielt er behandlingen og kontrollen af et eventuelt misbrug helt afgørende for et godt behandlingsresultat.

Den medicinske behandling af bipolar lidelse hos børn og unge følger de samme principper som behandling af voksne. Der er dog kun udført meget få undersøgelser vedrørende forskellige former for behandling til børn og unge, men erfaringer fra voksne angående behandling antages dog i nogen udstrækning at kunne anvendes på børn og unge. Behandlingen af ældre følger ligeledes de samme retningslinjer som hos yngre, men kræver dog øget opmærksomhed over for bivirkninger af medicin. Ved behandling af kvinder under graviditet og amning skal der naturligvis tages særlige hensyn.

Med hensyn til den medicinske behandling af bipolar lidelse findes der ingen metoder til på forhånd at afgøre, hvilket præparat der i det enkelte tilfælde vil virke. Hvis der ikke er bedring i tilstanden trods relevant dosis og behandlingstid er det ofte nødvendigt at skifte fra et præparat til et andet eller kombinere forskellige præparater. Af og til anvendes betegnelsen et *stemningsstabiliserende* lægemiddel. Hermed menes et lægemiddel, som påvirker forløbet gunstigt ved at virke mod mani eller mod depression uden samtidigt at forværre sygdommen. Der findes nemlig lægemidler, som virker mod henholdsvis depression og mani, men som samtidigt kan forværre eller udløse den modsatte pol. Som det vil blive omtalt nedenfor drejer det sig om henholdsvis antidepressiva og de traditionelle, gammeldags antipsykotika.



## Medicinsk behandling ved mani

Den medicinske behandling af mani og manisk prægede blandingstilstande har herhjemme i en årrække bestået af et typisk (traditionelt) såkaldt antipsykotisk lægemiddelkum, tidligere kaldet neuroleptikum (fx Cisordinol eller Serenase) ofte kombineret med beroligende medicin i form af benzodiazepiner (fx Rivotril). Den største ulempe ved behandling med de traditionelle antipsykotika er de neurologiske bivirkninger. En anden ulempe er, at disse lægemidler kan forværre og af og til ligefrem udløse depression. Gennem de seneste år er disse typiske antipsykotika i manibehandlingen derfor også gradvist blevet erstattet af de atypiske (nyere) antipsykotika, som ikke har samme tilbøjelighed til at fremkalde neurologiske bivirkninger. Af atypiske antipsykotika kan her nævnes Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Zeldox og Abilify. Behandling med antipsykotika er relativt ukompliceret, idet behandlingen som regel ikke kræver blodprøvetagning. Hvis tvangsbehandling er nødvendigt, kan det være aktuelt at give et antipsykotikum som injektion. Generelt er doseringen individuel, og bivirkningerne ved de atypiske antipsykotika varierer fra præparat til præparat, men ofte ses sløvhed, træthed eller vægtstigning i forbindelse med den akutte behandling.

Valproat (Orfiril eller Deprakine), som også anvendes mod epilepsi, er ligeledes effektivt ved mani og maniske blandingstilstande, men kræver, at der indledningsvist tages blodprøver. Den hyppigste bivirkning i den akutte behandling med valproat er kvalme, træthed eller diarre.

Yderligere skal den antimaniske effekt af lithium (Litarex eller Lithiumcarbonat) nævnes. I den akutte fase tåles lithium relativt vel, og det er her mest håndrysten samt kvalme og opkastning, der opleves generende. Let påvirkning af de opmærksomhed og hukommelse ses også af og til, især hos ældre, men det kan være vanskeligt at adskille dette fra symptomer ved selve manien. Lithium har dog en begrænset plads ved den akutte behandling af sværere maniske tilfælde, dels fordi den antimaniske virkning først indtræder efter 1-2 uger, dels fordi behandlingen forudsætter et vist samarbejde fra patienten om blodprøvetagning, ikke bare i begyndelsen, men også regelmæssigt under behandlingen.

Carbamazepin (Tegretol), et andet antiepileptikum kan også anvendes ved mani, selvom dokumentationen ikke er særlig god. Af bivirkninger ses især svimmelhed og kognitive

vanskeligheder specielt hos ældre, ligesom man skal være opmærksom på, at Tegretol kan give anledning til rytmeforstyrrelser i hjertet.

I svære maniske tilfælde, hvor patienten er udtalt forpint, eller hvor medicinsk behandling ikke har virket, kan *elektrochokbehandling* (ECT) være en særdeles effektiv behandling. Det er en livsreddende behandling ved akut delir. ECT gives altid under narkose. Hyppigheden og antallet af behandlinger afhænger af situationen. Der optræder hyppigt forbigående hukommelsesproblemer i form af hæmmet korttidshukommelse i en periode på op til tre måneder.

## Medicinsk behandling ved depression

Den medikamentelle behandlingen af depression som led i en bipolar lidelse adskiller sig på flere måder fra behandling af de depressioner, hvor der ikke tidligere har været manier eller hypomanier, de såkaldte unipolare depressioner. Behandling med antidepressiva kan og bør af og til anvendes, men man bør være opmærksom på disse lægemidlers tilbøjelighed til i visse tilfælde at udløse en mani. Behandling med antidepressiva skal således ikke stå alene, men altid kombineres med et lægemiddel, som kan beskytte mod mani, fx lithium eller et nyere antipsykotikum. Anvendes et antidepressivum i den akutte behandling, vil man som regel behandle i kortere tid, end det er tilfældet ved en unipolar depression.

Lithium og især det nyere lægemiddel Lamictal (som også anvendes mod epilepsi) har i sig selv en antidepressiv virkning. På samme måde synes de nyere antipsykotika at have en vis antidepressiv virkning. Om det gælder dem alle er ikke endeligt klarlagt. Fordelen ved at anvende en af de her nævnte muligheder er, at man herved i et vist omfang kan beskytte patienten mod at udvikle en mani, hvis man vælger samtidigt eller senere at supplere med et antidepressivum. Lamictal giver sjældent anledning til bivirkninger, udover en risiko for hududslet, som altid bør føre til, at behandleren kontaktes.

Blandt de eksisterende antidepressiva bør de såkaldte SSRI-præparater (selektive serotoninoptagelseshæmmere) afprøves først, idet de sammenlignet med de øvrige antidepressiva, har den mindste tilbøjelighed til at udløse mani. I Danmark er markedsført



seks SSRI-præparater; nemlig Cipramil, Fontex, Fevarin, Seroxat, Zolof og Ciprallex. Der er ikke påvist afgørende forskelle mellem disse medikamenter; hvad angår effekt og bivirkninger. Søvnforstyrrelser og kvalme hører til de hyppigste bivirkninger i den akutte behandling. I langtidsbehandlingen er især de seksuelle bivirkninger et problem. I overdosis er SSRI-præparater (modsat lithium og de nedenfor nævnte tricycliske antidepressiva) generelt relativt harmløse. Ved ophør med et SSRI-præparat skal man være opmærksom på, at behandlingen skal udtrappes over nogle uger; idet man ellers kan opleve ubehag i form af fx svedtendens og svimmelhed. Hvis SSRI-præparater ikke er tilstrækkelige, kan anvendes en række andre antidepressiva i behandlingen af bipolar depression. Det drejer sig bl.a. om Efexor og Remeron og om de såkaldte tricycliske antidepressiva, fx Noritren og Anafranil. Med undtagelse af Remeron giver disse lægemidler af og til svedtendens og hjertebanken, og især de tricycliske antidepressiva kan dertil give bl.a. mundtørhed, forstoppelse og rysten på hænderne. Remeron kan derimod i ret udtalt grad give anledning til vægtstigning. Med hensyn til seksuelle bivirkninger er Efexor sammenligneligt med SSRI-præparaterne, hvorimod Remeron ikke giver anledning hertil. De tricycliske antidepressiva placerer sig midt imellem.

Inden effekten af den specifikke behandling slår igennem eller ved generende angst er midlertidig supplerende behandling med benzodiazepiner ofte gavnlig. Af og til viser effekten af medicinen sig først efter fire til otte uger. Der skal derfor som regel gå seks til otte uger, før man kan tage endelig stilling til, om en behandling virker eller ej på depressionen.

Behandlingseffekten viser sig af og til på den måde, at den syge oplever bedring i korte tidsrum, hvor disse tidsrum så efterhånden udvides. Det er almindeligt, at omgivelserne opfatter en bedring før den syge.

Udover medikamentel behandling har ECT også en plads i depressionsbehandlingen og anvendes især ved svære depressioner, hvor der er spise- og drikkevægring, udtalt hæmning eller overhængende selvmordsfare.

## Forebyggende medicinsk behandling

Hvis en person med bipolar lidelse har to sygdomsepisoder eller mere inden for en periode på fem år anbefales en forebyggende medicinsk behandling. I visse tilfælde foreslås forebyggende behandling allerede efter første sygdomsepisode. Det tilrådes som regel, at den forebyggende behandling varer mindst fem til ti år; hvis behandlingen påbegyndes hos en patient i ung alder på et tidligt stadium i sygdomsforløbet og længere tid, hvis sygdommen har varet længe, og der har været mange sygdomsepisoder i forløbet.

I forebyggelsen af nye sygdomsepisoder afhænger valg af behandling af oplysninger om tidligere virkning og bivirkninger af medicin og af oplysninger om det hidtidige sygdomsforløb. Valget afhænger også af, hvad der er givet akut, og om det eventuelt er et lægemiddel, der kan fortsættes med som en forebyggende behandling. Ligeledes har patientens ønske om en bestemt behandling eller mere hyppigt, et ønske om at undgå en bestemt bivirkning, også betydning for behandlingsvalg. Der tages også hensyn til patientens alder og eventuelle legemlige sygdomme.

Ofte vælger man at iværksætte forebyggende behandling med lithium, idet man har mange års erfaring med dette lægemiddel og god dokumentation for virkningen. Lithium virker især forebyggende på mani, men også i nogen udstrækning på depression. Langtidsbehandling med lithium er almindeligvis en specialistopgave, der indebærer en regelmæssig kontakt med patienten, bl.a. med henblik på kontrol af blodprøver, minimering af bivirkninger og motivering af patienten til fortsat behandling. Af og til må man fravælge lithium, idet man på forhånd skønner, at det ikke muligt at opnå det nødvendige samarbejde med patienten om behandlingen. En del patienter ophører med behandlingen på grund af bivirkninger; men pludseligt ophør bør undgås, idet det øger risikoen for recidiv. Vægtstigning, øget tørst og øget urinproduktion, håndrysten, nedsat stofskifte og diarré er de hyppigste bivirkninger i langtidsbehandlingen med lithium. Bortset fra vægtstigning er disse bivirkninger dosisafhængige. Blodkoncentrationen af lithium (serum-lithium) bør kontrolleres mindst hver tredje måned, især for at hindre langsomt stigende serum-lithium, som kan føre til forgiftning. Idet der kan udvikles nedsat stofskifte i forbindelse med lithiumbehandling, anbefales kontrol af stofskiftehormoner hver 6. til 12. måned. Lithiumforgiftning er fortsat en alvorlig komplikation, som udover nyreskader i sjældne tilfælde kan føre til blivende hjerneskader. Der kan foreligge forgiftning trods en acceptabel serum-lithium.



Det er vigtigt at kende symptomer på forgiftning og at holde pause med lithium i forbindelse med dehydrering og salttab, herunder forud for en eventuel operation.

Hvis lithium ikke virker tilstrækkeligt, eller hvis der optræder svære bivirkninger eller af andre grunde, som er anført ovenfor, kan alternative behandlinger overvejes. Blandt anti-epiteptika er Lamictal, Deprakine/Orfiril og Tegretol de bedst undersøgte med hensyn til forebyggende effekt. Lamotrigin er veltolereret og giver ikke vægtstigning. Som nævnt ovenfor kan der dog indtræde et hududslet, som af og til fører til, at behandlingen med Lamictal må afbrydes. Ofte vælges Lamictal primært som forebyggende behandling, hvis forløbet er præget af depressioner og hypomanier eller hvis det er givet i den akutte depressive fase. Den forebyggende virkning af Deprakine/Orfiril er usikker. Imidlertid er det relativt veltolereret, også hos ældre, men en ulempe er en relativ høj risiko for fosterskader i forbindelse med behandling under graviditet. Tegretol er fundet mindre effektivt end lithium, men i særlige atypiske tilfælde kan det med fordel anvendes.

De nyere antipsykotika har også en rolle i langtidsbehandlingen af bipolar lidelse, selvom en forebyggende virkning indtil videre kun er tydeligt demonstreret for Zyprexa. Hovedproblemet med Zyprexa i langtidbehandlingen er vægtstigningen. yderligere synes der at være en vis risiko for udvikling af sukkersyge. En fordel ved de atypiske antipsykotika (navne) er, at en eventuel vellykket akut manibehandling kan videreføres som forebyggende behandling.

Hvis patienten på trods af forebyggende behandling udvikler markante depressive og/eller maniske symptomer er dosisstigning afhængigt af præparat ofte relevant. I forbindelse med mani vælger man som regel at øge dosis af den oprindeligt givne stemningsstabiliserende medicin, at supplere med et benzodiazepin til natten og evt. med et atypisk antipsykotikum. Ved depression intensiveres den antidepressive behandling typisk, ligesom der kan suppleres med beroligende medicin i en periode.

Opstår der en ny sygdomsperiode trods forebyggende behandling, er det oplagt at intensivere den efterfølgende profylakse. En del patienter har behov for samtidig behandling med mere end et forebyggende præparat. Det er vigtigt at huske på, at der kan gå helt op mod et halvt til et år, før en given profylaktisk behandling virker optimal.

## Psykoedukation

Psykoedukation kan defineres som en form for undervisning eller information, der har til formål at øge patienters og pårørendes viden om en given psykisk lidelse. I formidlingsprocessen tages der udgangspunkt i patienters og pårørendes egne erfaringer med sygdommen, ligesom der er særlig fokus på forhold eller færdigheder, der er væsentlige for håndtering af sygdommen og forebyggelse af tilbagefald. Psykoedukation kan gives som en del af den individuelle behandling eller i strukturerede gruppeforløb og indeholder ofte terapeutiske elementer.

Der er flere grunde til, at psykoedukation i dag anses for at være et centralt element i behandlingen af bipolar lidelse. For det første har patienter med bipolar lidelse og deres pårørende sædvanligvis mange spørgsmål om diagnose, årsager, behandling og forebyggelse. Viden om sygdommen afmystificerer og styrker samtidigt samarbejdet om behandlingen. For det andet kan patient og pårørende gennem psykoedukation lære hensigtsmæssige strategier med henblik på at forebygge nye sygdomsperioder. Endelig kan viden og indsigt være med til at bedre samspillet mellem den enkelte patient og vedkommendes omgivelser.

I det individuelle behandlingsforløb kan den mundtlige information om diagnose, prognose og behandlingsmuligheder ledsages af skriftligt materiale og eventuelt tilbud om deltagelse i en psykoedukationsgruppe. Hvis patienten tillader det, er det som regel hensigtsmæssigt at inddrage forældre, søskende, ægtefælle/kæreste eller andre nære pårørende så tidligt som muligt i behandlingsforløbet. I forbindelse med en øget opmærksomhed på børn af forældre med psykiske lidelser tilbyder man flere steder i psykiatrien en eller flere familiesamtaler af psykoedukativ karakter til patienter med børn.

Udover information har patienter med bipolar lidelse og deres nærmeste ofte behov for rådgivning og vejledning til at tackle de vanskeligheder, som der dukker op i forbindelse med sygdommen. Nogle pårørende har behov for særlig støtte, og de kan henvises til pårørenderådgivninger eller privatpraktiserende psykologer. Enkelte steder i psykiatrien er der ligeledes etableret samtalegrupper for børn af forældre med psykiske lidelser.



I det enkelte behandlingsforløb er stemningsregistrering et vigtigt psykoedukativt redskab. En kalender hertil er udarbejdet af forfatterne, se figur 3. Stemningsregistrering omfatter daglig notering af centrale forhold som stemningsleje, angstniveau, antal timers søvn, indtagelse af medicin og evt. stressende begivenheder. Gennem daglig registrering er det muligt for patient og behandler at få et relativt klart billede af udviklingen i patientens tilstand over tid, ligesom opmærksomheden på tidlige sygdomstegn og eventuelle sammenhænge mellem ydre belastninger og ændringer i tilstanden herved kan skærpes.

**Figur 3**

	Navn	Måned	År																																		
LØSTET STEMNINGSLEJE	DAGE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
	SVÆR MANI																																				
	MODERAT MANI																																				
	LET MANI																																				
	NORMALT STEMNINGSLEJE																																				
FORSKÆVET STEMNINGSLEJE	LET DEPRESSION																																				
	MODERAT DEPRESSION																																				
	SVÆR DEPRESSION																																				
	ANGST B3																																				
SÆRBEDEL	ANTAL TIMERS SØVN																																				

Når en patient med bipolar lidelse er i en nogenlunde neutral fase, er det hensigtsmæssigt, at han eller hun i samarbejde med sin behandler og evt. pårørende prøver at identificere sine tidlige tegn på depression eller mani såsom specielle ændringer i søvnmønstret, øget træthed eller øget energi. Nogle patienter har svært ved selv at genkende de tidlige sygdomstegn, og de kan opfordres til i højere grad at søge at være opmærksom på reaktioner hos deres omgivelser eller øve sig i at spørge deres nærmeste om, hvordan de oplever dem. Når de tidlige tegn på mani eller depression er identificeret, kan patienten i samarbejde med behandleren og evt. pårørende udarbejde en plan, for hvad der skal ske, hvis der er tegn på, at en depressiv eller manisk episode er under udvikling. Ofte kan en hurtig indsats f.eks. i form af medicinjustering og regulering af aktivitetsniveauet vise sig at være yderst effektiv og forhindre udviklingen af en egentlig sygdomsperiode. Andre gange kan den bedste løsning være, at en af de pårørende efter forhånds aftale med patienten kontakter behandleren ved begyndende symptomer.

Den formaliserede psykoedukation foregår som regel i strukturerede gruppeforløb. Oprettelsen af psykoedukative grupper afhænger typisk af ressourcer og patientgrundlag i det enkelte behandlingsregi. En gruppe kan bestå af patienter, af pårørende eller af patienter med pårørende og ledes typisk af to erfarne behandlere f.eks. en læge, en psykolog eller en sygeplejerske. De psykoedukative grupper varierer med hensyn til antal deltagere, antal sessioner og indhold. Et typisk forløb strækker sig over 5-10 sessioner a 2 timer og indeholder emner som diagnose, symptomer, tidlige sygdomstegn, prognose, årsagsforhold, beskyttende og forværende faktorer samt medicinsk og psykologisk behandling samt orientering om sociale hjælpeforanstaltninger af betydning for mennesker med bipolar lidelse. Der arbejdes ofte med at identificere den enkelte patients specifikke tidlige tegn på mani og depression og at udarbejde en handleplan, ligesom det er centralt, at deltagerne i gruppen får lejlighed til at dele erfaringer, oplevelser, glæder og bekymringer med hinanden.

## Psykototerapi

Psykototerapi kan defineres som en form for behandling, der dels indebærer et koncentreret psykologisk samspil, dels indebærer aftaler om regelmæssige møder mellem en behandler og en patient. Psykoterapeutisk behandling ved bipolar lidelse kan udøves individuelt, i gruppe eller over for par eller familier. Formålet er at skabe sammenhæng i den enkelte patients sygdoms og livsforløb, at afhjælpe eller dæmpe maniske og depressive symptomer, at bedre samarbejdet om behandlingen (compliance), at forebygge selvmord, at bedre patientens psykologiske og sociale funktion samt at forebygge nye sygdomsperioder. Hvorvidt en person med bipolar lidelse kan profitere af psykototerapi afhænger bl.a. af vedkommendes aktuelle tilstand, tidligere sygdomsforløb, personligheds-mæssige ressourcer, motivation, aktuelle og tidligere livsforhold. Det terapeutiske forløb kan påbegyndes ambulant eller under indlæggelse, men iværksættes som regel først i slutningen af en sygdomsperiode, eller når patienten er nogenlunde neutral af stemning.

Som al anden behandling af bipolar lidelse må terapien tilpasses patientens aktuelle tilstand/fase i sygdomsforløbet, og terapeuten må have øje for udviklingen i symptombillede, søvnmønster og belastningsniveau. Psykoedukative elementer bør indgå som en naturlig del af forløbet, ligesom det ofte er relevant at integrere metoder fra forskellige terapeutiske retninger fx. kognitiv terapi eller psykodynamisk terapi. Det enkelte psykote-



reapeutiske forløb varierer m.h.t. form, indhold, målsætning og varighed, men omfatter typisk flere af de nedenfor nævnte faser og temaer:

I den indledende fase af et terapeutisk forløb har patienten ofte behov for at bearbejde sin reaktion på det at være blevet syg, ligesom der er behov for at skabe kontinuitet og sammenhæng i sygdomsforløbet og livshistorien. Terapeuten og patienten søger i fællesskab at danne sig et overblik over aktuelle symptomer og problemområder med henblik på at finde fokuspunkter og målsætning for terapien.

Ved psykoterapi i den depressive fase er det vigtigt at give patienten håb om bedring. Hvis selvmordstanker og håbløshedsfølelse er dominerende, bør der i første omgang være fokus på dette. Med henblik på at bryde klassiske depressive adfærdsmønstre som fx inaktivitet, isolation og passivitet kan terapeuten og patienten i fællesskab udforme et dagligt aktivitetsprogram og planlægge aktiviteter, der er overkommelige og bedrer humøret. Opgaver eller gøremål, der for den depressive patient synes uoverstigelige, deles op i mindre og overskuelige opgaver:

Et andet centralt aspekt af psykoterapi ved bipolar depression er at søge at ændre patientens negative og fastlåste tænkning. Den depressive tænkning indgår i en ond cirkel, hvor tænkningen dels forværrer og vedligeholder de depressive følelser og det kropslige ubehag, dels medfører og opretholder den depressive adfærd. Fx kan en persons negative tanker omkring fremtiden føre til passivitet, ligesom oplevelsen af isolation og opgivenhed omvendt kan påvirke personens tanker om sig selv i depressiv retning. Med udgangspunkt i konkrete eksempler fra patientens aktuelle liv arbejdes der i terapien med at indkredse typiske negative tanker og at finde sammenhænge mellem tanker, følelser og adfærd. Gennem en række uddybende og undersøgende spørgsmål søger terapeuten at udfordre patientens depressive tænkning med henblik på at finde alternative og mere realitetsorienterede måder at tænke på. Eksempler på udfordrende spørgsmål er: "Hvad ville du tænke, hvis du ikke var deprimeret lige nu?" eller "Hvilke forhold i situationen mener du beviser, at det er, som du tænker?"

I den maniske fase tjener terapeutiske samtaler sjældent noget formål, men når patienten er nogenlunde neutral af stemning, kan terapeut og patient i fællesskab undersøge, hvad

der kan læres ud fra tidligere erfaringer med hypomani og mani. Med udgangspunkt i patientens eget sygdomsforløb vurderes konsekvenserne af tidligere manier og hypomanier. Patienten kan herved få en erkendelse af, at tankeindholdet ved mani og hypomani er overoptimistisk og urealistisk og i sig selv har tendens til at vedligeholde sygdommen. Selvom overvurderende tanker fører fx hyppigt til impulsive og risikofyldte handlinger, ligesom overdrevent stimulussøgende adfærd medfører, at patienten bliver mere usamlet og sover mindre. Ved hypomani og lettere maniske tilstande kan terapeuten hjælpe patienten med dels at begrænse stimuli og aktivitetsniveau, og dels at overveje fordele og ulemper ved at handle på impulser eller ideer. Af og til er det muligt for patienten at vente og se tiden an, før vedkommende omsætter risikofyldte ideer til handling.

Nogle patienter har behov for hjælp til at lære at skelne mellem normale følelsesmæssige udsving og symptomer på mani og depression. Især i begyndelsen af et sygdomsforløb kan der være vanskeligheder forbundet med at kende forskel på en naturlig glæde og hypoman opstemthed eller på almindelig tristhed og depression.

Et vigtigt mål i terapien er at hjælpe patienten med at bearbejde de tab, krænkelser og nederlag, der er fulgt i kølvandet på sygdommen. Der er ofte behov for at mindske intense følelser af skyld/ skam over handlinger foretaget i forbindelse med en sygdomsperiode. Oplevelse af stigmatisering er ligeledes et tilbagevendende tema. Som tidligere omtalt er det almindeligt, at patienter med bipolar lidelse i kortere eller længere perioder har vanskeligt ved at forholde sig til sygdommen, at acceptere diagnosen og nødvendigheden af at skulle tage medicin. En patient kan fx tænke, at han aldrig vil kunne komme til at kontrollere sine stemningsudsving eller at han er uberegnelig i sine egne og andres øjne, fordi han har en bipolar lidelse. I terapien er det vigtigt at undersøge og modificere patientens negative tanker om sygdommen, samtidigt med at det er vigtigt at respektere, at en del patienter reelt har mange negative erfaringer med deres sygdom. Problemer med at tage medicin som anbefalet er ofte knyttet til den enkelte patients opfattelse af sin sygdom, ubehagelige bivirkninger, længsel efter hypomane perioder og oplevelse af tab af kreativitet. Det er vigtigt at undersøge såvel patientens konkrete erfaringer med medicin som vedkommendes forhold til det at skulle tage medicin. Eksempler på typiske tanker om den medicinske behandling er: "Hvorfor skal jeg fortsætte med medicinen, når jeg har det godt?" eller "At tage medicin er et tegn på, at jeg er svag og ikke kan klare mine problemer selv."





Patientens tanker og forestillinger om den medicinske behandling kan danne udgangspunkt for en terapeutisk dialog, hvor fordele og ulemper ved behandlingen overvejes. Et tilbagevendende tema for patienter med bipolar lidelse er identifikation af stressudløsende faktorer og udvikling af hensigtsmæssige copingstrategier. Der kan være behov for hjælp til håndtering af vanskeligheder knyttet til arbejde, uddannelse, fritid eller nære relationer eller til normalisering af søvnmønster/døgnrytme. Hos nogle patienter er det muligt at identificere vanskeligheder af personlighedsmæssig art, der i kombination med biologiske faktorer udgør en sårbarhedsfaktor i forhold til aktivering af nye sygdomsepisoder. De personlighedsmæssige vanskeligheder kan dels være en konsekvens af selve sygdommen, dels hænge sammen med patientens opvækstforhold og øvrige livshistorie. Typiske problemområder hos patienter med bipolar lidelse er urealistiske høje standarder for præstation, en udtalt sårbarhed overfor tab og afvisning, usikkerhed om egen identitet, svingende eller konstant lavt selvværd eller en fundamental mangel på tillid til sig selv eller andre mennesker.

Såvel klinisk praksis som undersøgelser tyder på, at nogle patienter med bipolar lidelse kan drage nytte af at deltage i strukturerede gruppeterapi sammen med ligestillede. Der kan være tale om tidsbegrænsede grupper eller længerevarende gruppeforløb af flere års varighed. I forhold til individuel terapi giver gruppeterapi mulighed for at få støtte og feedback fra andre ligestillede. Deltagelse i gruppe modvirker ofte en oplevelse af isolation og stigmatisering og kan udgøre et betydningsfuldt element i genetablering af den enkelte patients identitets og selvfølelse efter en eller flere sygdomsperioder. I en gruppe har den enkelte mulighed for at arbejde direkte med sin måde at relatere sig til andre på, ligesom vedkommende kan få hjælp af såvel terapeuten som de øvrige gruppemedlemmer til at udfordre uhensigtsmæssige tankemønstre eller adfærd fx tendens til benægten eller overidentifikation med sygdommen.

Nogle patienter og deres nærmeste har udover psykoedukation og rådgivning behov for samtaler af terapeutisk art, hvor formålet er at hjælpe parterne med at løse konflikter eller reducere stressniveauet. Der kan være fokus på forhold, der vanskeliggør restituering eller hindrer et par eller en familie i at få genetableret en naturlig balance efter en eller flere sygdomsepisoder.