

Arbeidsboka

Inndeling

Del I: Om bipolar lidelse

Del II: Forebyggelsesplan

Del III: Verktøykassa

Hovedforfatter, idé, layout:

Nina Andresen, psykolog, Oslo universitetssykehus, Josefinestgt. DPS

Medforfattere:

Ole A. Andreassen, professor dr. med., Oslo universitetssykehus

Christine Buhl Sørensen, konstituert overlege, Oslo universitetssykehus, Josefinestgt. DPS

Elin Wullum, psykolog, St. Olavs Hospital, avd. Østmarka

Med hjelp fra:

Erlend Hangaard, seksjonsoverlege, Oslo universitetssykehus, Josefinestgt. DPS

Gunnar Morken, professor dr. med., St. Olavs Hospital, avd. Østmarka

September, 2005

Revisjon juni 2010

Sara Eidsbø Lindholm & Ole Andreassen

Innledning

Formålet med denne arbeidsboka er å informere pasienter med bipolar lidelse og deres pårørende om sykdommen og hvordan den kan behandles.

Arbeidsboka tar for seg en rekke viktige temaer som angår det å leve med bipolar lidelse, slik som generell faktakunnskap om lidelsen, behandlingsmuligheter, metoder for å forebygge nye episoder og råd om hvordan man kan mestre lidelsen i hverdagen.

Del II av arbeidsboka er en ”Forebyggelsesplan”. Den viser hvordan du kan kartlegge ditt eget sykdomsbilde og hvordan du kan planlegge for eventuelle fremtidige sykdomsepisoder. Du går gjennom hva som tidligere har utløst sykdomsepisoder hos deg, hva som er dine varselsignaler og hva du ønsker hjelp til dersom du blir syk igjen. Dette er en plan som skal utarbeides når du føler deg vel og stemningsleiet er stabilt, gjerne sammen med din faste behandler eller en av dine pårørende.

Når du har bedre oversikt over ditt eget sykdomsbilde, er det også lettere å ta kontroll over sykdommen. Kunnskap om egen psykisk lidelse og aktiv medbestemmelse i behandlingen, øker også din egenmotivasjon for å etterleve anbefalt medikamentell og psykososial behandling. Dette er et viktig skritt på veien for å forebygge nye sykdomsepisoder og å oppnå bedret funksjon i mer stabile faser.

Del III av arbeidsboka har vi kalt ”Verktøykassa”. Den inneholder ulike ”verktøy” for planlegging, kartlegging og registrering til bruk i det daglige. Særlig oppfordres du til å føre en såkalt ”Stemningsdagbok”, som har vist seg svært nyttig for å oppdage tidlige varseltegn og forebygge nye sykdomsepisoder. Andre eksempler på skjema i verktøykassa er ”Aktivitetskalender” som hjelper deg å strukturere hverdagen din og ”Kognitiv restrukturering” som hjelper deg å bearbeide vanskelige tanker.

Vi håper du og dine nærmeste vil ha nytte av denne arbeidsboka!

Innholdsfortegnelse Del I: Om bipolar lidelse

INNLEDNING	3
1. HVA ER BIPOLAR LIDELSE?	6
2. DIAGNOSTISERING AV BIPOLAR LIDELSE	7
STEMNINGSLIDELSER	7
GRUNNLAG FOR DIAGNOSE.....	8
LIVSTIDSDIAGNOSE.....	8
AKTUELL EPISODE	8
MØNSTER.....	9
3. UTBREDELSE	10
4. FORLØP OG PROGNOSE	10
DEBUTALDER.....	10
FORLØP OG PROGNOSE	10
5. KOMORBIDITET	11
6. ÅRSAKER TIL BIPOLAR LIDELSE	12
DET BIOLOGISKE GRUNNLAGET FOR BIPOLAR LIDELSE.....	12
<i>Arv er viktigste årsak, men hva arver man?</i>	12
<i>Hva sier nyeste forskning?</i>	13
<i>Sykdomsmekanisme I - funksjonssvikt i hjerneområder</i>	13
<i>Sykdomsmekanisme II - signalforstyrrelser</i>	14
UTLØSENDE ÅRSAKER TIL BIPOLAR LIDELSE.....	15
<i>Stress og sårbarhet</i>	15
7. MANI	16
MANI – DIAGNOSTISKE KRITERIER.....	16
8. HYPOMANI	17
HYPOMANI – DIAGNOSTISKE KRITERIER	17
9. DEPRESJON	18
DEPRESJON – DIAGNOSTISKE KRITERIER	18

10. SUICIDALITET	19
SELVMORDSTANKER SOM SYMPTOM	19
KRISEPLAN VED SELVMORDSTANKER	20
11. BLANDET TILSTAND.....	20
SYMPTOMER PÅ BLANDET TILSTAND.....	20
12. PSYKOSE	21
13. KOGNITIVE, FØLELSMESSIGE OG ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED BIPOLAR LIDELSE	22
SAMMENHENGEN MELLOM KOGNISJON, FØLELSER OG ATFERD	22
AUTOMATISKE TANKER.....	23
KOGNITIVE FEILTOLKNINGER	24
TANKEMESSIGE FORANDRINGER VED MANI/HYPOMANI.....	24
<i>Overoptimisme og grandiositet.....</i>	<i>24</i>
<i>Mistenksomhet.....</i>	<i>25</i>
<i>Økt tankeflyt og distraherbarhet</i>	<i>25</i>
<i>Sanseendringer</i>	<i>26</i>
<i>Kognitive feiltolkninger ved mani/ hypomani</i>	<i>26</i>
ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED MANI	27
<i>Irritabilitet og aggressivitet.....</i>	<i>27</i>
<i>Søvnforstyrrelse.....</i>	<i>28</i>
<i>Kjøpetrang.....</i>	<i>28</i>
<i>Alkohol- og rusmisbruk.....</i>	<i>28</i>
<i>Økt interesse, ideer og aktivitet</i>	<i>28</i>
TANKEMESSIGE FORANDRINGER VED DEPRESJON.....	29
<i>Negativitet.....</i>	<i>29</i>
<i>Kognitive feiltolkninger.....</i>	<i>29</i>
ATFERDSMESSIGE FORANDRINGER VED DEPRESJON.....	31
<i>Depresjonspiralen og apati</i>	<i>31</i>
14. BEHANDLING AV BIPOLARE LIDELSER.....	32
14.1 MEDIKAMENTELL BEHANDLING	32
AKUTT- ELLER VEDLIKEHOLDSBEHANDLING.....	32
AKUTT- ELLER VEDLIKEHOLDSBEHANDLING.....	33
ULIKE TYPER MEDIKAMENTER	33
<i>Stemmingsstabiliserende medikament</i>	<i>34</i>
<i>Antidepressiva</i>	<i>35</i>
<i>Antipsykotika</i>	<i>36</i>

<i>Anxiolytika</i>	36
<i>Elektrokonvulsiv behandling (ECT)</i>	37
BIVIRKNINGER	37
<i>Mulige bivirkninger</i>	37
<i>Hyppige årsaker til å avbryte behandling eller ikke ta imot behandling</i>	39
MULIGE ÅRSAKER TIL MANGLENDE EFFEKT AV MEDIKAMENTELL BEHANDLING.....	39
14.2 PSYKOSOSIAL BEHANDLING.....	41
PSYKOTERAPI.....	41
<i>Ulike former for psykoterapi</i>	41
<i>Andre psykososiale behandlingsformer</i>	41
<i>Andre psykososiale behandlingsformer</i>	42
<i>Effektive psykososiale tiltak ved bipolar lidelse</i>	42
<i>Bipolar lidelse og juss</i>	43
<i>Sosiale og trygdemessige forhold</i>	44
15. Å LEVE MED BIPOLAR LIDELSE	45
REGELMESSIG SØVN OG SOSIAL RYTME	45
KOSTHOLD.....	45
MOSJON	46
BRUK OG MISBRUK AV ALKOHOL OG ANDRE RUSMIDLER.....	47
STRESS.....	49
<i>Hva er stress?</i>	49
<i>Stress som en subjektiv vurdering</i>	50
<i>Store livsbendelser</i>	50
16. AVSLUTNING	52
KILDEHENVISNING:.....	53

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 Martin Luther, 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 manisk depressiv 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:

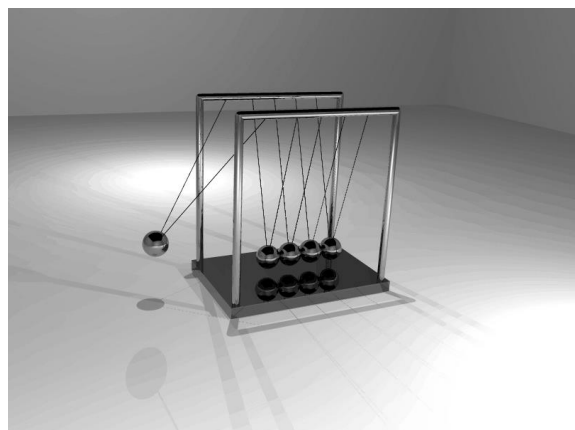
1. **Unipolar**, hvor man kun har hatt én eller flere episoder med **depresjon** (av mild, moderat eller alvorlig grad).
2. **Bipolar**, som innebærer **svingninger** i stemningsleiet mellom to ytterpunkter, episoder med mani/hypomani og episoder med depresjon.

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 tilfredsstiller 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 definitive mekanismer 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.

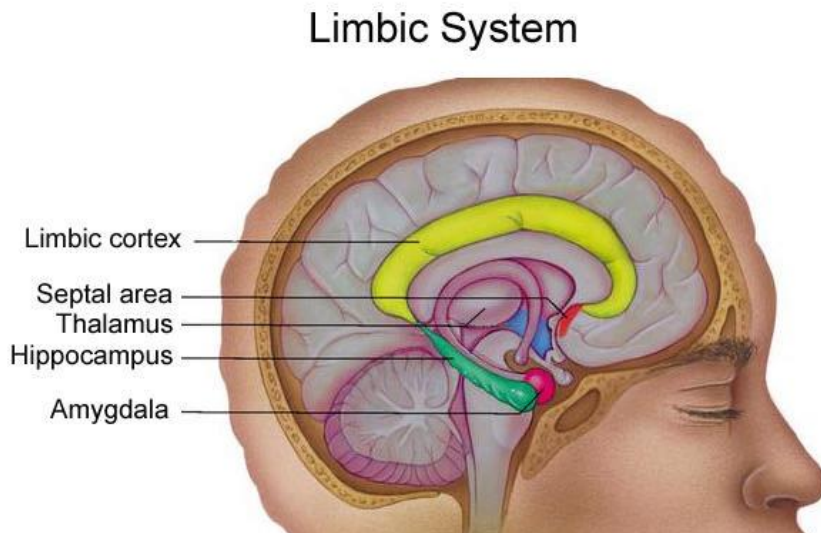
Arvegangen ved bipolar lidelse er *kompleks*. Det betyr at det er en rekke gener (kanskje 10-20 stk) som sammen gir en økt sårbarhet for sykdom, og hvor miljøfaktorer som stress og påkjenninger er med på å utløse sykdomsepisodene.

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

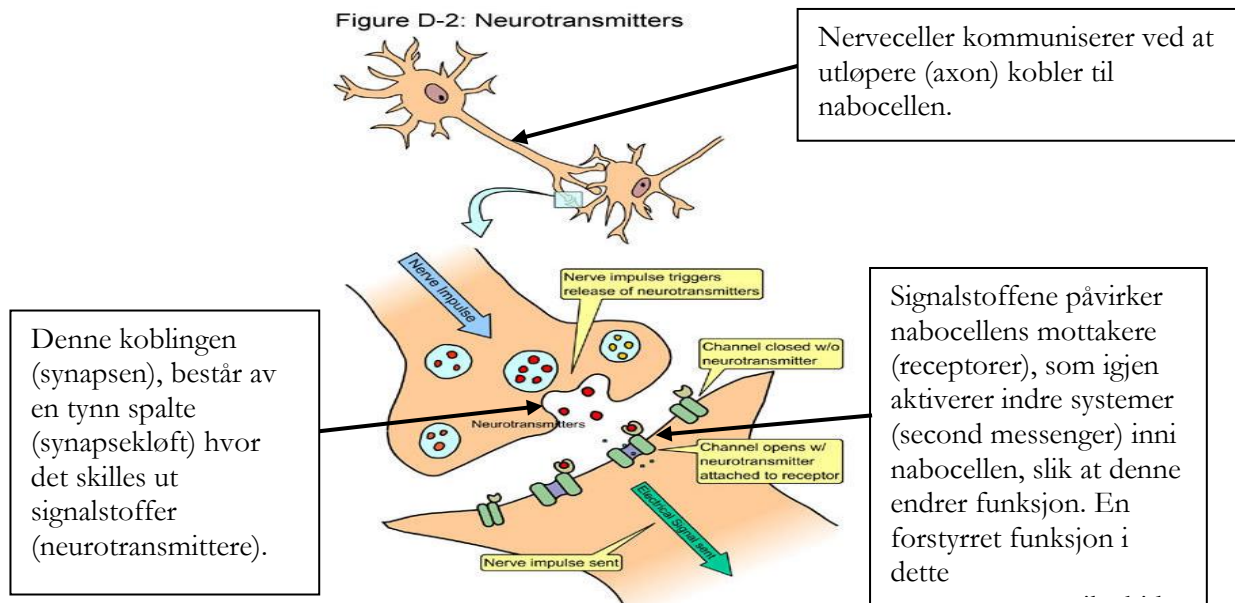
Ut fra sykdomskjennetegn ved bipolar lidelse jobber man med teorien om at sykdommen skyldes mangler i områder i hjernen som regulerer stemningen. Man har ikke funnet alvorlige feil eller skader på hjernen, men moderne hjernebildeteknikker har vist at pasienter har forstyrrelser i de limbiske strukturer (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.



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.



Figuren illustrerer hvordan overføring av signal mellom nerveceller foregår.

Utløsende årsaker til bipolar lidelse

Stress og sårbarhet

Bipolar lidelse er ikke ”bare en hjernesykdom” 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.

Se også eget avsnitt om stress lenger bak i Arbeidsboka og metoder for kartlegging og mestring av stress i Verktøykassa.

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 forskellige 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, selvskade 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 korrigerer 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 knytte 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 kapitlet 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 høstes 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 opptre 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 selvbylde, 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 (se Verktøykassa), 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 blikk 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 bekræftende 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. Metoder til å kommunisere bedre finner du i Verktøykassa. 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. Råd for god søvnhygiene finner du i Verktøykassa. 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 kapitlet ”Bruk og misbruk av alkohol og andre rusmidler”. Se også egen ”Rusøvelse” i Verktøykassa.

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 (se Verktøykassa), 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 tenkning 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 ryggsmertor. 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. Forebyggelsesplanen og Verktøykassa gir forslag til tiltak og metoder for å forebygge eller jobbe seg ut av en depresjon.

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 når medikamentell behandling iverksettes tidlig i kombinasjon med psykososiale tiltak.



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 _{1/2} (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 mikromol/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_{1/2}) 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 $\frac{1}{2}$ (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 akuttefasene. 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 _{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 avhengighetsskapende 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 _{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 begrenning 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 Munntørrehet	Hodepine	Munntørrehet, 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 medisinerne 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 rytmetterapi. 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 behandlingsoalternativer 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 innleggelses 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 kapittelet 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 handleter 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 lyst på mer mat selv etter et normalt måltid. Hvis man gir etter for dette suget, vil man følgelig legge på seg over tid. Dersom du ikke klarer å motstå suget etter mat, kan du motvirke overvekt ved å velge riktige matvarer og samtidig tilstrebe gode vaner med mosjon.

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 aktiviteten passer for deg. Invester gjerne i nytt treningstøy og gode sko. For mange er det til stor hjelp å ha noen å trene sammen med, til faste tider hver uke.



Regelmessig døgnrytme, regelmessig mosjon og balansert kosthold handler om ting du selv kan opprettholde i hverdagen for å forebygge nye sykdomsepisoder. I neste avsnitt skal vi se på hva du bør **unngå**. Dette omhandler alt som er med på å ytterligere forstyrre en biokjemisk ubalanse i hjernen, og som også forstyrrer daglige 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 henspeiler 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 medisin. 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.

Du bør notere din bruk av rusmidler i Stemningsdagboken (i Verksøykassa) under rubrikken ”daglige notater”, slik at både du og din behandler kan se sammenhenger mellom rusbruk, søvn, medisin og stemningssvingninger. For å kartlegge ditt eget rusmisbruk og hvilke konsekvenser rusbruken har for deg, kan du fylle ut ”Rusøvelse” i Verktøykassa.

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 (kortidsvirkninger) 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 og trener regelmessig.

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 aktivering 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. Hva som er kildene til stress i ditt liv, og hvordan du kan håndtere og redusere stress i dagliglivet, kan du finne ut mer om i Verktøykassa.



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.

I de to neste delene av arbeidsboka har vi forsøkt å omsette generell faktakunnskap om bipolar lidelse, til hvordan du kan få en bedre oversikt over ditt sykdomsbilde, dine symptomer og forløp, dine ønsker, behov og eventuelle problemer. Deretter sier vi en del om hva du kan gjøre i praksis for å mestre symptomene bedre, påvirke forløpet, sikre at dine ønsker og behov blir tatt til følge og hvordan du kan jobbe med ulike problemer.

Ingen forventer at du skal leve ”etter boka” og følge alle de tips og råd som vi foreslår. Alle er vi forskjellige, med forskjellige ressurser, behov, livssituasjon og problemer, og ikke alle metoder er like aktuelle eller virker likt for alle. Arbeidsbokas tre deler: Om bipolar lidelse, forebyggelsesplanen og verktøykassa er ment som en hjelp til deg som ikke mestrer alle aspekter ved det å ha en bipolar lidelse, og vi håper du opplever noe av dette som aktuelt, meningsfullt og nyttig.

Lykke til videre!



”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.

Innhold

DEL 1 - NETTVERK	54
DEL 2 - NÅR ALT GÅR BRA OG STEMNINGSLEIET ER STABILT.....	4
A) Hva gjør jeg når jeg er stabil?	4
B) Hva kan jeg gjøre for å holde meg stabil?.....	4
DEL 3 - MANI OG HYPOMANI	5
A) Symptomer.....	5
B) Risikosituasjoner.....	6
C) Aktuelle	7
DEL 4 – DEPRESJON	9
A) Symptomer.....	9
B) Risikosituasjoner	10
C) Aktuelle tiltak.....	11
D) Kriseplan ved suicidalfare.....	13
DEL 5 - BEHANDLINGSKONTRAKT.....	17

DEL 1 - NETTVERK

Instruks:

1. Hvilke personer ønsker du at skal ta del i behandlingsnettverket ditt?

Aktuelle personer kan være fastlege, behandler i poliklinikken (psykiater/psykolog eller liknende), ektefelle/samboer eller andre du mener er viktige personer i ditt personlige nettverk. Det kan også være en nær venn eller kollega.

2. Skriv ned hva slags forhold du har til disse personene i Tittelkolonnen (eks. fastlege, ektefelle/samboer) og skriv opp navn og telefonnummer. Du trenger ikke fylle ut alle linjene dersom du kun ønsker en eller to personer.

Tittel:	Navn:	Tlf:

DEL 2 - NÅR ALT GÅR BRA OG STEMNINGSLEIET ER STABILT

A) Hva gjør jeg vanligvis når jeg er stabil?

Instruks:

1. Kryss av for hva du vanligvis gjør og hvordan du oppfører deg når du har det bra og er i en fase med normalt stemningsleie, dvs. at du verken er deprimert eller hypoman/manisk.

2. På de ekstra linjene kan du føre opp egne alternativer (hvis du synes at noe mangler) som også beskriver hva du liker å gjøre i en stabil og god fase, når føler deg vel og har det bra.

- Tar vare på utseendet / steller meg og dusjer regelmessig.
- Går på jobb.
- Går på skole, følger undervisning.
- Holder meg á jour med husarbeidet.
- Holder meg á jour med skolearbeidet.
- Holder meg á jour med innbetalinger og regninger.
- Treffer venner eller er med på sosiale aktiviteter _____ (antall) timer per uke.
- Trener regelmessig.
- Omgås andre uten å være irritabel eller starte diskusjoner.
-
-
-

B) Hva kan jeg gjøre for å holde meg stabil?

- Ta medisiner som forskrevet.
- Sikre søvnmønster, dvs. passe på å legge meg og stå opp på samme tid hver dag.
- Opprettholde dagligdagse aktiviteter.
- Jobbe videre med å bearbeide/løse følgende problemer eller å oppnå følgende mål i livet:

a. _____

b. _____

c. _____

Er det noe annet jeg vet av erfaring som er med på å holde meg stabil?

DEL 3 - MANI OG HYPOMANI

A) Symptomer

Instruks:

Her har vi listet opp vanlige symptomer på hypomani/mani.

1. Kryss av for de symptomene du mener passer på deg når du er hypoman eller manisk.
2. Marker med en "V" utenfor de symptomene som er tidlige varselsymptomer, dvs. symptomer som vanligvis signaliserer begynnelsen på en sykdomsepisode for deg.
3. Bruk de ekstra linjene til å føye til symptomer du kan ha hvis disse ikke er listet opp her.

VIKTIG – forsøk å finne mest mulig konkrete, målbare situasjoner.

Av og til føler jeg meg svært oppstemt og har et hevet stemningsleie. Dette kalles hypomani eller mani, og påvirker både tanker, følelser og atferd. Noen ganger er det andre (familie, venner, legen) som legger merke at jeg begynner å bli manisk før jeg merker det selv. Selv merker jeg at jeg er i ferd med å bli hypoman/manisk når jeg har følgende symptomer:

Tanker

- Vanskelig for å konsentrere meg.
- Tanker om å ha spesiell makt eller egenskaper.
- Tanker som raser eller tanker som går raskt gjennom hodet, som om resten av verden går i sakte film.
- Tanker som hopper fra en idé til en annen.
- Paranoia: Urealistiske mistanker om at andre "rotter seg sammen" mot meg.
- Hallusinasjoner: Urealistiske stemmer eller syner.
-
-

Følelser

- Føler meg svevende, overoptimistisk, euforisk.
- Mer energi.
- Utålmodig, irritabel.
- Uvanlig glad og lykkelig.
- Uvanlig selvsikker.
- Føler at ingenting kan gå galt.
- Sterkere seksualdrift.
-
-

Atferd

- Mer snakkesalig.
- Snakker høyere og raskere.
- Mindre behov for søvn, sover mindre.
- Oversosial.
- Setter i gang flere prosjekter, gjerne mer enn nødvendig.
- Havner lett i bråk/slåsskamp uten god grunn.
- Bruker mer penger, impulsiv bruk av penger, økt kjøpetrang.
- Kjører uvettig og fort.
- Involverer meg i farlige, risikofylte aktiviteter.
-
-

DEL 3 - MANI OG HYPOMANI

B) Risikosituasjoner

Instruks:

1. Kryss av for hva slags hendelser eller situasjoner som tidligere har vært med på å utløse en episode med hevet stemningsleie (hypomani eller mani).
2. Bruk ledige linjer til å skrive opp andre aktuelle situasjoner/hendelser.

VIKTIG – forsøk å finne mest mulig konkrete, målbare situasjoner.

Noen ganger blir jeg manisk/hypoman som ”lyn fra klar himmel”, mens andre ganger kan det være spesielle hendelser eller situasjoner som har utløst det. Det å være bevisst på slags hendelser eller situasjoner som utløser mani/hypomani hos meg, hjelper meg til å være på vakt overfor varselsymptomer.

Da kan jeg søke hjelp raskere, og få behandling for å mildne og redusere antall symptomer.

Følgende hendelser/situasjoner har tidligere utløst mani/hypomani:

Forhold tar slutt.

Miste jobben.

Negative opplevelser:

Positive opplevelser:

Somatisk sykdom:

Rusmidler/alkohol:

Endring i røykevaner.

Årstidsendringer:

Endringer i medisindose.

DEL 3 - MANI OG HYPOMANI

C) Aktuelle tiltak

Instruks:

1. Her har vi listet opp forslag til hva du kan gjøre for å bedre mestre en mani eller hypomani. Les gjennom forslagene og fyll ut linjene. Du kan referere til denne siden dersom du blir manisk eller hypoman i fremtiden.
2. Under pkt. 1 fyller du ut navnet på lege og telefonnummer, slik at du og din familie har dette lett tilgjengelig.
3. Pkt. 2, 3 og 4 hjelper deg å se hva som kan ha utløst de maniske symptomene. Under pkt. 4 kan du føye til hendelser/situasjoner som kan utløse mani hos deg og som du bør huske på.

Når jeg får forhøyet stemningsleie vil jeg kunne trenge hjelp fra min lege eller andre personer i mitt behandlingsnettverk til å se hva som er i ferd med å skje med meg. Det er vanligvis andre personer som best kan bedømme om jeg er i ferd med å bli manisk. **Dersom noen i mitt nettverk sier at jeg er, eller er i ferd med å bli manisk, skal jeg gjøre følgende:**

1. Kontakte min behandler/fastlege:

Navn: _____ Tlf: _____

2. Se over endringer i medikasjon
3. Få rask legehjelp for somatisk sykdom.
4. Er du i en risikosituasjon?
 - a. Fysisk?

b. Følelsesmessig?

5. Unngå alkohol og narkotika (merk deg at selv økt inntak av nikotin kan innvirke på effekten av forskrevet medisin).
6. Opprettholde mine faste daglige aktiviteter.
7. Opprettholde fast døgnrytme.

8. Kontakte personer i mitt nettverk:

Fyll ut navn på en eller flere personer du kan ringe for å tilkalle hjelp eller bare for å ha noen å snakke med dersom du har det vanskelig.

Navn:

_____ Tlf: _____

Navn:

_____ Tlf: _____

Navn:

_____ Tlf: _____

9. Mestringsatferd I

Skriv ned **hva som har hjulpet** å gjøre tidligere når du har vært manisk eller hypoman. For eksempel er det til hjelp for noen å oppholde seg i et rom med dempet belysning og skjerme seg fra mange inntrykk når de føler seg overveldet eller overstimulert.

Noe jeg kan/bør gjøre:

10. Mestringsatferd II

Skriv ned **alt du vet ikke hjelper** når du har en manisk / hypoman episode. F.eks kan noen få økt trang til å drikke alkohol når de er maniske, men dette kan gjøre dem enda mer impulsive og øke sannsynligheten for å gjøre noe dumt, noe man angres på siden.

Noe jeg ikke kan/bør gjøre:

Instruks:

Kryss av for hva du ønsker **andre skal gjøre** for å hjelpe deg når du er manisk, og kom gjerne med egne forslag.

- La meg være alene i et rolig rom (stille, dempet belysning) når jeg er oppstemt.
- Forhindre meg i å kjøre bil (ved å for eksempel oppbevare bilnøkler mine) dersom to eller flere i behandlingsnettverket mitt mener dette ikke er trygt.
- Forhindre meg i å handle i butikker (for eksempel ved å inndra mine kredittkort/bankkort) dersom to eller flere i mitt behandlingsnettverk anser meg som altfor impulsiv til at dette er lurt.
- Unngå å argumentere/diskutere med meg, særlig når jeg er lett irritabel.
- Ring legen eller ta meg med til sykehus/legevakt dersom symptomene mine er alvorlige og jeg selv ikke er klar over hva som foregår eller kan ta vare på meg selv.
- _____
- _____

DEL 4 – DEPRESJON

A) Symptomer

Instruks:

1. Her har vi listet opp vanlige symptomer på depresjon. Disse inkluderer både tanker, følelser og atferd. Kryss av for de symptomene du mener kan passe på deg når du er deprimert.
2. Marker med en "V" ved de symptomene som er tidlige varselsymptomer, dvs. symptomer som for deg vanligvis signaliserer begynnelsen på en ny depressiv episode.
3. Bruk de ledige linjene til å føye til symptomer som du kan ha, men som ikke er listet opp her.

VIKTIG – forsøk å finne mest mulig konkrete, målbare situasjoner.

Tanker

- Vanskelig for å konsentrere meg.
- Hukommelsesvansker.
- Vanskeligheter med å ta avgjørelser.
- Tenker ofte på å dø eller å ta selvmord
- Tenker at andre ikke bryr seg om meg når det egentlig er det de gjør.
- Tenker at jeg er verdiløs eller ond.
- Paranoid: Urealistiske mistanker om at andre "rotter seg sammen" mot meg.
- Hallusinasjoner: Urealistiske stemmer eller synsbedrag.
- _____
- _____

Følelser

- Føler meg verdiløs.
- Føler skyld uten grunn.
- Føler meg trist uten grunn.
- Lett irritabel.
- Det føles ikke bra selv når noe hyggelig skjer.
- Lite energi/ingen energi.
- Liten appetitt.
- Lite lyst på sex.
- _____
- _____

Atferd

- Rastløs.
- Problemer med innsovning eller sover for mye.
- Problemer med å starte eller avslutte prosjekter.
- Isolasjonstendens.
- Slutter å jobbe eller slutter å gå på vanlige aktiviteter.
- Havner lett i bråk/slåsskamp uten god grunn.
- Slutter å spise eller overspiser.
- _____
- _____

DEL 4 – DEPRESJON

B) Risikosituasjoner

Instruks:

Noen ganger kan du bli deprimert uten forvarsel, mens andre ganger kan depresjonen være utløst av spesielle hendelser eller situasjoner.

1. Se på listen under og kryss av dersom noen av disse hendelsene har gått forutfor en depresjon tidligere. Å forstå hva som kan utløse en depresjon hos deg, kan hjelpe deg til å være mer forberedt i perioder/situasjoner du er mer sårbar i forhold til å bli deprimert. Da kan du være ekstra på vakt overfor varselsymptomer og søke hjelp raskt for å få behandling og hjelp til å redusere antall symptomer eller mildne dem.
2. Bruk de ledige linjene til å skrive opp andre situasjoner eller hendelser dersom disse ikke allerede er ført opp.

VIKTIG – forsøk å finne mest mulig konkrete, målbare situasjoner.

Forhold tar slutt.

Miste jobben.

Negative

opplevelser: _____

Positive opplevelser:

Somatisk sykdom:

Rusmidler/alkohol:

Endring i røykevaner.

Årstidsendringer.

Endringer i medisindose.

DEL 4- DEPRESJON

C) Aktuelle tiltak

Instruks:

Her er forslag til hvordan du kan mestre en depresjon. Du kan referere til denne siden dersom du begynner å bli deprimert.

1. Les gjennom forslagene og fyll ut linjene.
2. Under pkt. 1 skal du skrive ned legens navn og telefonnummer slik at dette er lett tilgjengelig for familien din.
3. Pkt. 2, 3 og 4 sier noe om hva som kan ha utløst depresjonen. Under pkt. 4 kan du skrive ned hva som typisk utløser en depresjon hos deg.

Når jeg blir deprimert, kan jeg gjøre følgende for å hjelpe meg selv:

1. Snarest ta kontakt med min lege/behandler:

Navn: _____ Tlf: _____

2. Se etter om jeg har endret medikasjon eller doser i forbindelse med somatisk (annen) sykdom.

3. Snarest oppsøke lege ved eventuell fysisk / somatisk sykdom.

4. Hva kan ha vært en utløsende årsak?

Følelsesmessig:

Fysisk:

5. Unngå alkohol og andre rusmidler (merk deg at selv økt nikotininntak kan påvirke effekten av forskrevet medisin).

6. Opprettholde mine daglige aktiviteter.

7. Opprettholde fast døgnrytme.

8. Ta kontakt med ditt nettverk og behandlere:

Instruks: Fyll ut navn på en eller flere personer du kan ringe for å tilkalle hjelp eller bare for å ha noen å snakke med dersom du har det vanskelig.

Navn: _____ Tlf: _____

Navn: _____ Tlf: _____

Navn: _____ Tlf: _____

9. Mestringsatferd I

Skriv ned **hva som tidligere har hjulpet å gjøre** når du har vært deprimert. Noen har godt av en kort spasertur hver dag. Andre synes det hjelper å skrive ned tanker og følelser i en dagbok, eller får litt avstand til tanker og følelser ved å høre på musikk eller radio.

Dersom du ikke kan komme på noe, bør du ta opp dette med din behandler. Noe jeg **kan/bør gjøre**:

10. Mestringsatferd II

Skriv ned **alt du vet at ikke hjelper og som du bør unngå** å gjøre når du er deprimert. For eksempel kan noen ty til alkohol når de er deprimerte. Dette vil bare forsterke depresjonen når alkoholen er på vei ut av kroppen. Andre ønsker bare å isolere seg og ligge i senga hele dagen. Dette er også med på å forverre depresjonen, fordi søvnmønsteret forstyrres, man får mindre energi og man går glipp av aktiviteter/sosialt samvær som vil kunne gi følelse av tilhørighet og glede. Hva jeg **ikke bør gjøre**:

Instruks:

Kryss av for hva du ønsker **andre skal gjøre** for å hjelpe deg når du er deprimert, og kom gjerne med egne forslag.

- Stole på at jeg er den som best kan bedømme hvorvidt jeg begynner å bli deprimert eller ikke.
- Ikke motsi meg når jeg sier at jeg er deprimert, for eksempel ikke si at jeg ”må skjerpe meg” eller ”ta meg sammen”.
- Ring lege/behandler eller ta meg med til sykehus/legevekt dersom jeg har alvorlige symptomer (for eksempel jeg blir suicidal) og jeg ikke er klar over hva som foregår eller er i stand til å ta vare på meg selv.

- _____
- _____

DEL 4 – DEPRESJON

D) Kriseplan ved suicidalfare

Huske følgende:

- Selvmordstanker er et **symptom** på depresjon.
- Selvmordstanker **forsvinner** når du får behandling for din depresjon.
- Selvmordstanker er et uttrykk for en **medisinsk tilstand** som kan behandles.



HVORFOR LIVET ER VERD Å LEVE

Skriv ned hva du setter pris på i livet når du har det bra og er i en stabil fase:

Hvem jeg er glad i og hvorfor:

Hvem er glad i meg og hvorfor: _____

Hva jeg liker å gjøre og hvorfor: _____

Hvilke mål og ønsker jeg har for fremtiden:

Dette er uttrykk for mine ekte tanker, følelser og hvem jeg er. Jeg må av og til minne meg selv på hva jeg har å leve for og hvorfor livet er kostbart, særlig i de perioder sykdommen og depresjonen gjør livet mitt vondt og vanskelig.

HVORFOR JEG IKKE SKAL TA MITT EGET LIV

Dette er en huskeliste over hvorfor du ønsker å leve og hvorfor du ikke skal ta ditt eget liv. Kryss av det du føler gjelder for deg og fyll ut ledige linjer dersom du mener noe mangler:

- Jeg har et ansvar og en forpliktelse overfor familien og de jeg er glad i.
- Jeg kan lære meg å mestre sykdommen og mine problemer.
- Jeg har kontroll over livet og min egen skjebne.
- Jeg er redd for døden og hva den innebærer.
- Jeg ønsker å se barna mine vokse opp.
- Livet er alt vi jeg og er bedre enn ingenting.
- Jeg har planer med livet mitt som jeg ser fram til å gjennomføre.
- Uansett hvor ille jeg har det akkurat nå, så vet jeg at det ikke vil vare.
- Jeg er glad i familien min og kan ikke forlate dem.
- Jeg er redd for at den metoden jeg velger for å ta livet mitt ikke lykkes.
- Det er fortsatt mye jeg ennå ikke har opplevd i livet og som jeg ønsker å oppleve.
- Det ville ikke være rettferdig å overlate barna mine til andre.
- Jeg er glad i livet.
- Jeg er for stabil til å ville ta mitt eget liv.
- Min religion forhindrer meg i å ta livet mitt.
- Barna mine ville blitt skadelidende.
- Jeg ville såret familien min og jeg ønsker ikke at familien min skal lide.
- Det er moralsk forkastelig å ta sitt eget liv.
- Jeg har kraft og styrke nok til å møte motgang i livet.
- Jeg er redd for selve ”handlingen” (smerte, blod).
- Jeg tror ikke at å ta mitt eget liv vil løse noen problemer.
- Andre vil tro jeg er svak og egoistisk.
- Jeg ønsker ikke at andre skal tro jeg ikke hadde kontroll over livet mitt.
- Jeg ønsker ikke at familien skal slite med skyldfølelse etterpå.

Andre grunner til å leve:

- _____
- _____
- _____
- _____

RISIKOFAKTORER

Følgende faktorer er med på å øke risikoen for at jeg kan komme til å forsøke å ta mitt eget live eller skade meg selv:

- Jeg har bipolar lidelse og drikker mye alkohol / bruker narkotika regelmessig
- Jeg har ikke vært syk så lenge og har bare hatt noen få sykdomsepisoder
- Jeg har panikkanfall, er rastløs/har indre uro eller andre tegn på angst
- Jeg er tilbøyelig til impulsive handlinger, som å kjøre ”villmann” eller ha voldelige utbrudd
- Jeg har nylig vært innlagt
- Jeg har tidligere forsøkt å ta mitt eget liv
- En eller flere i min familie (slekt) har begått selvmord eller begått voldelige handlinger
- Jeg har nylig opplevd noe trist eller belastende (skilsmisse, død, ulykke, sykdom)
- Jeg isolerer meg fra familie og venner
- Jeg har ingen stående avtale om rask hjelp eller time hos psykolog/psykiater
- Jeg føler håpløshet for fremtiden og har ingen virkelig sterke grunner til å leve
- Jeg har tenkt på hvordan jeg skal gjennomføre et selvmord (for eksempel ta piller, skyte meg, hoppe fra et høyt sted) og har faktiske planer om å gjennomføre det (tilgang på piller eller våpen, har samlet opp piller over tid)

Du skal alltid informere noen om dine selvmordstanker eller - planer; fortrinnsvis din behandler, fastlege, familie eller venner i ditt behandlingsnettverk. Dette er særlig viktig dersom du kan krysset av for en eller flere av risikofaktorene i listen overfor.

HVORDAN FOREBYGGE SELVMORD

Skriv opp dine varselsymptomer på en depressiv episode: Kryss av for hva du skal gjøre hvis ett eller flere av disse varselsymptomene er til stede eller du har selvmordstanker:

- Jeg må kvitte meg med våpen og piller som kan være skadelige for meg.
- Jeg må ringe behandler / be om øyeblikkelig-hjelp-time.
- Jeg kan se på aktivitetskalenderen og føre opp aktiviteter som jeg vet får meg i bedre humør (belønning) eller får meg til å tenke på noe annet (distraskjon).
- Jeg kan utfordre mine negative tanker med ”kognitiv restrukturering” (se eget skjema i ”Verktøykassa”).
- Jeg må be om støtte og hjelp fra mine nærmeste venner og familie.

- Jeg kan trene.
- Jeg kan utføre avslapningsteknikker.
- Jeg må se over det jeg har skrevet om ”hva jeg setter pris på i livet” og ”huskeliste over hvorfor jeg ønsker å leve”.
- _____
- _____

Kryss av for hva du og din behandler kan gjøre:

- Avtale mulighet for ”øyeblikkelig-hjelp-time” når det er aktuelt.
- Se på mulige endringer i medisindose.
- Sørge for innleggelse hvis det er nødvendig.
- Hjelp til å se hva selvmordstankene kommer av.
- Jobbe med mestring av smertefulle tanker og følelser.
- _____
- _____

Kryss av for hva andre personer i ditt nettverk kan gjøre:

- Lytte til hva jeg har å si, gi uttrykk for at de forstår hvordan jeg har det og komme med forslag til hva som kan hjelpe.
- Unngå kritikk og unngå å dømme meg.
- Distrahere meg med hyggelige gjøremål.
- Hjelp meg med ansvar og oppgaver som har blitt helt uoverkommelige for meg (for eksempel passe barna, få unna klesvask, hjelp til å betale regninger).
- Være hos meg til jeg føler meg trygg.
- Ringe legen og be om time.
- Ta meg med til legevakten/sykehuset hvis det er nødvendig.
- Oppbevare våpen eller piller som jeg kan skade meg med.
- _____
- _____

DEL 5 - BEHANDLINGSKONTRAKT

Jeg håper at ved å signere denne forebyggelsesplanen/behandlingskontrakten, etter å ha gjennomgått den med min behandler og aktuelle personer i mitt nettverk mens jeg er i en stabil fase, at jeg vil være bedre forberedt og ha større kontroll over eventuelle fremtidige depressive eller maniske/hypomane episoder. Jeg er inneforstått med at jeg, eller hvem som helst av de andre, når som helst kan innkalle til møte for å forandre på eller løses fra kontrakten. Jeg må imidlertid gi tre ukers skriftlig varsel til alle som har signert kontrakten.

Sign. _____ **Dato:** _____

Mitt behandlingsnettverk:

Sign. _____ **Dato:** _____

Sign. _____ **Dato:** _____

Sign. _____ **Dato:** _____

Sign. _____ **Dato:** _____

INNHold

Forebyggende tiltak – mani og depresjon

- Trinn 1: Daglig registrering av stemning og humør: Stemningsdagbok. Side 3 - 4
- Trinn 2: Opprettholde regelmessighet i hverdagen: Aktivitetskalender. Side 5 - 6
- Trinn 3: Opprettholde en regelmessig døgnrytme. Råd om god søvnhygiene. Side 7 - 8
- Trinn 4: Unngå alkohol og andre rusmidler: Rusøvelse. Side 9 - 10
- Trinn 5: Kartlegging og mestring av stress. Side 11 - 18
- Trinn 6: Kommunikasjonsferdigheter og problemløsning. Side 19 – 21

Mani - aktuelle tiltak

- Trinn 1: Hvorfor forebygging er det viktigste. Side 22
- Trinn 2: Redusere/begrense aktivitet ved bruk av ”utvidet” Aktivitetskalender. Side 23 - 24
- Trinn 3: Bruk av kognitive teknikker mot tankemessige forstyrrelser. Side 25

Depresjon - aktuelle tiltak

- Trinn 1: Hvordan ser min depresjonsspiral ut? Side 26 - 27
- Trinn 2: Aktivitetsmetoden. Side 28 - 29
- Trinn 3: Kognitiv restrukturering. Side 30 - 33
- Trinn 4: Gradert oppgaveløsning. Side 34

Trinn 1

Føre stemningsdagbok

Stemningsdagbok har vist seg svært nyttig i oppdagelse av tidlige tegn (varselsymptomer) på ny sykdomsepisode. Stemningsdagboken er en daglig registrering av:

- Stemningsleie og humør
- Angstnivå og irritabilitet
- Antall timers søvn
- Om det har skjedd noe spesielt i løpet av dagen
- Medisininntak og annen behandling
- Hver måned: Vekt og menstruasjonssyklus

Hver måned vil du få en figur som viser hvordan stemningsleiet har variert, og over tid vil stemningsdagboken kunne avdekke mønstre eller årsakssammenhenger som man ellers ikke så lett ville kunne se, for eksempel om det er en sammenheng mellom ting du opplever og endringer i stemningsleiet ditt.

Stemningsdagboken vil på denne måten kunne brukes til planlegging fremover og til forebygging av nye sykdomsepisoder, fordi du lærer om hva som har en innvirkning på stemningsleiet ditt, hva du bør unngå og hvilken type situasjoner du bør forberede deg til. Den kan være et nyttig samtaletema dersom du går i behandling.

Når du er blitt vant til å føre stemningsdagbok, vil det ta under ett minutt hver dag. Du kan legge Stemningsdagboken på nattbordet og innarbeide en vane med å føre den før du legger deg.

Trinn 2

Opprettholde regelmessighet i hverdagen

Endringer i stemningsleiet har en tendens til å ødelegge eller forstyrre dine vanlige, dagligdagse aktiviteter og timeplan. Når man er deprimert kan det være vanskelig å komme seg ut av sengen og motivere seg for å gjøre de tingene man vanligvis liker å gjøre. Når man er manisk eller hypoman, føler man seg mer energisk, og kan påta seg flere oppgaver og legge flere planer enn man vil klare å gjennomføre.

Et **stemningsstabiliserende** verktøy kan være å fylle ut en såkalt "Aktivitetskalender", som er en skriftlig oversikt over hva du vanligvis gjør, hvilke aktiviteter og fritidstilbud du er med på, hvor ofte, sammen med hvem og til hvilken tid.

Aktivitetskalenderen beskriver ditt aktivitetsnivå når du har det bra og er stabil. Ved å minne deg på og opprettholde en regelmessighet i hverdagen med mosjon, måltider, arbeid, sosiale sammenkomster og aktiviteter, gir du kroppens "biologiske klokke" faste, ytre holdepunkter som er med på å regulere søvnmønsteret ditt. Mange som har en bipolar lidelse er sensitive og sårbare overfor forstyrrelser i søvnmønsteret. Er du en av dem, bør du tilstrebe faste aktiviteter og gjøremål til faste tider gjennom hele uken.

En skriftlig oversikt er også nyttig fordi en **forstyrrelse i regelmessigheten** (i den ene eller andre retning) kan indikere at en ny sykdomsepisode er på vei. Det kan være at du begynner å jobbe mye overtid, påtar deg for mye arbeid eller planlegger nye prosjekter (som for noen er varselsymptomer på hypomani/mani), eller at du slutter å komme til sosiale sammenkomster (isolerer deg), og verken har lyst eller energi til å trene når dette vanligvis er en lystbetont aktivitet (som for noen er varselsymptomer på depresjon). En aktivitetskalender bør derfor sees i sammenheng med stemningsdagbok og hvordan du føler deg.

AKTIVITETSKALENDER	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Type aktivitet.							
Sport/fysisk aktivitet:							
Antall timer:							
Alene sammen med:							
Rekreasjon (kino, café, naturopplevelser, reiser o.l.):							
Antall timer:							
Alene/sammen med:							
Sosiale aktiviteter:							
Antall timer:							
Sammen med:							
Hobbyer / interesser:							
Antall timer:							
Alene/sammen med:							
Arbeid/skole/kurs:							
Antall timer:							
Alene/sammen med:							
Målsetninger/ prosjekter:							
Antall timer:							
Alene/sammen med:							

Trinn 3

Opprettholde en regelmessig døgnrytme

Mangel på søvn kan både utløse, opprettholde og forsterke maniske og depressive episoder hos personer med bipolar lidelse. Det kan skyldes ytre forstyrrelser som støy, reise eller syke barn, eller indre forstyrrelser som bekymringer eller tankeflom. 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.

Mitt søvnbehov

Ut fra hva jeg vet om mine søvnvaner og søvnbehov, anbefaler jeg meg selv å få _____ timers søvn hver natt. For å opprettholde en stabil døgnrytme, bør jeg legge meg ca. kl. hver kveld og stå opp kl. _____ hver dag.

Det første man bør gjøre for å bruke søvn forebyggende, er å gå til sengs og stå opp til samme tid hver dag, selv i helgene. Det kan være fristende å være lenge oppe og å sove lenger om morgenen i helgene, men en slik forskyvning av døgnet er med på å øke risikoen for ny episode. Dette kan være vanskelig å få til, men sørg i alle fall for å holde døgnrytmen stabil i perioder du opplever mye stress.

Råd om god søvnhygiene

- Gå til sengs kun når du er trøtt og søvnig
- Ikke se på klokka hvis du ikke får sove eller våkner på natta
- Ved regelmessig mosjon, avslutt minst 3 timer før sengetid
- Ikke sov midt på dagen – det forstyrrer døgnrytmen. Middagslur på maks 20 minutter
- Stå opp til samme tid hver dag, uansett hvor mange timer søvn du har fått, også i helgene
- Få minst ½ time dagslys daglig, helst innen 2 timer etter at du står opp
- Sett av en problemtime om ettermiddagen/tidlig kveld. Ikke løs problemer i sengen eller rett før du legger deg
- Unngå sterkt lys dersom du må opp om natten

Ved innsøvningsproblemer

Får du ikke sove innen 15 minutter, kan du stå opp og gjøre noe annet inntil du blir trett. Dette gjelder også om du våkner om natten. Gjentas så ofte som nødvendig natten gjennom.

Lær deg en avspenningsteknikk (puste-, visualiserings- eller muskelavslappende teknikk) og bruk gjerne den ved oppvåkninger. Målet for avslapning er ikke å falle i søvn, men å ha det behagelig i sengen. Hvis man slapper av og ligger behagelig, vil søvnen komme naturlig. Å prøve for hardt å sovne, vil gjerne ha motsatt effekt, at man blir mer våken, irritert og frustrert. Prøv heller å rette din oppmerksomhet mot hvor behagelig du kan ha det i sengen, hvor godt det er å ligge rett ut, hvor avslappet musklene føles og hvordan du bare kan la tankene drive. La deg være helt passiv i forhold til det å sovne. Din jobb er å ha det komfortabelt og la søvnen komme naturlig uten anstrengelse.

Sengetidsrituale

Den siste timen før du går til sengs kan det være lurt å velge aktiviteter som er behagelige og lite anstrengende, som å se på TV, lese eller prate. Lag deg gjerne et eget sengetidsrituale.

Ved lengre reiser som innebærer å krysse flere tidssoner, er det en utfordring å opprettholde søvnmønsteret. Dersom man har anledning til det, bør man gradvis forsøke å tilvenne seg det søvnmønster som passer i den tidssonen man reiser til. Ved kortere reiser, som ved en forretningsreise, kan det beste være å ikke tilpasse søvn etter den nye tidssonen, men heller opprettholde det mønsteret man har hjemme.

Regler for sengen og soverommet

- Ikke opphold deg i sengen lenger enn forventet sovetid
- Bruk soverommet til å sove og ikke til arbeid
- Sørg for mørke, ro og moderat temperatur på soverommet
- Bruk eventuelt øyenmaske og øreplugger
- Sengen brukes kun til søvn og sex
- Ikke les, spis eller se TV i sengen

Måtehold

- Unngå kaffe, te og cola etter kl. 17.00
- Unngå å være sulten, men ikke spis et kraftig måltid rett før sengetid

Trinn 4

Unngå alkohol og andre rusmidler

Hensikten med denne ”rusøvelse” er at du skal bli mer bevisst på hvorfor du ønsker å drikke eller ruse deg, og hvilke konsekvenser dette kan ha for deg og din mentale helse. Ta gjerne frem denne listen når du opplever trang til å bli beruset/å ruse deg, og vurder hvorvidt det er ønskelig.

RUSØVELSE

- 1) Lag en liste over hvilke alkoholholdige drikkevarer eller narkotiske stoffer du bruker/foretrekker:

- 2) Lag en liste over de *situasjonene* hvor det er mest sannsynlig at du får lyst til å ruse deg/drikke deg beruset (for eksempel det er fredag ettermiddag, er sammen med en venn, er ensom, o.s.v.)

- 3) Lag en liste over hvilke *følelser* du vanligvis har like før du bestemmer deg for å ruse deg/drikke deg beruset (for eksempel føler meg ensom, trist, stressa, lykkelig, o.s.v.)

- 4) Beskriv hvilke *forventninger* du har til det å bli beruset/ruset (for eksempel jeg vil bli avslappet, mindre engstelig, lykkeligere, mer fokusert og konsentrert, o.s.v.)

- 5) Beskriv de faktiske *konsekvensene* av de siste ruseepisodene du har hatt. Forsøk å skille mellom (a) hva som skjer umiddelbart etter at du har drukket/rusa deg (for eksempel havnet i bråk, ble glad og avslappet, ble nedstemt og emosjonell, ble mer sosial og utadvendt) og (b) de senere effektene (for eksempel fikk voldsom fylleangst, ble mer deprimert, kom for sent på jobb)

Er det andre ting du kan gjøre isteden, for eksempel ringe en venn, trene, o.s.v., som kan avhjelpe vanskelige følelser eller erstatte rusopplevelsen?

Trinn 5

Kartlegging og mestring av stress

For å få en bedre oversikt over egen sårbarhet i forhold til tilbakefall, kan det være nyttig å se på hva som tidligere har bidratt til å utløse sykdomsepisoder (mani/hypomani og depresjon) hos deg. Slike utløsende årsaker kalles risikofaktorer, fordi liknende situasjoner/hendelser i fremtiden innebærer risiko for tilbakefall.

Eksempler på risikofaktorer for personer med bipolar lidelse er:

- Alt som forstyrrer søvn, som også innebærer:
 - i. belastende livshendelser (skilsmisse, tap av nære personer, ulykker)
 - ii. daglig stress (i jobb og privatliv)
 - iii. forstyrrelser i daglige rutiner (ferie, høytider)

I Arbeidsboken er stress beskrevet som en potensiell risikofaktor for tilbakefall og som mulig utløsende årsak til nye sykdomsepisoder. I verktøykassa skal vi se nærmere på hvordan vi kan kartlegge kilder til stress, hvordan man reagerer på stress og hvordan man kan mestre stress. For å kunne mestre stress, må du først få en oversikt over **hva** som stresser deg og **hvordan** stress virker på kroppen. Deretter kan du velge den mest hensiktsmessige mestringsstrategien. Det er ulike måter å ”angripe” stress på, og hva du velger avhenger av hva som er kilden til stress og hva du foretrekker.

Kartlegging av stress omhandler:

- ❑ Oversikt over belastende livshendelser som tidligere har utløst sykdomsepisoder
- ❑ Oversikt over kilder til stress i dagliglivet (daglige stressorer som bidrar til og øker risiko for tilbakefall)
- ❑ Oversikt over psykologiske og fysiologiske reaksjoner på stress (tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner/plager som bidrar til og øker risiko for tilbakefall)

Trinn 5

a) Kartlegge kilder til stress

Belastende livshendelser

Her er en liste over livshendelser som vanligvis innebærer en eller annen form for omstilling eller tilpasning. Kryss av hva du tror har utløst episoder hos deg, og skriv opp hva slags episoder:

- Ny kjæreste _____
- Forlovelse/Bryllup _____
- Skilsmisse/brudd i et kjæresteforhold _____
- Barnefødsel/foreldrerollen _____
- Ny jobb _____
- Forfremmelse i jobb _____
- Omstilling/omorganisering på jobb _____
- Mistet jobb/ble arbeidsledig _____
- Ulykke (egen/andres) _____
- Sykdom (egen/andres) _____
- Dødsfall _____
- Kjøp av hus/leilighet _____
- Flyttet _____
- Vant mye penger (spill/investeringer) _____
- Tapte mye penger (spill/investeringer) _____
- Reiser/ferier _____
- Annet: _____

Potensielle kilder til stress i hverdagen

Krav – opplever du å bli stilt for store krav til og av hvem? Stiller du av og til for store krav til deg selv? Har du problemer med å sette grenser overfor andre/problemer med å si ”nei”?

Mangel på kontroll – opplever du å ha kontroll over hvordan du utfører arbeidsoppgavene dine, hvordan du legger opp arbeidsdagen og hverdagen din? Er det andre som forteller deg hvordan du skal gjøre ting? Kan du selv bestemme når, hvordan og hvor mye du skal gjøre?

Mangel på sosial støtte – opplever du å få oppmuntring og støtte når du trenger det fra dine nærmeste, venner, kollegaer eller sjef? Dette kan være både i form av emosjonell støtte (ros, oppmuntring, tid til å lytte) eller instrumentell støtte (penger, utstyr du trenger).

Konfliktfylte roller, rolleforvirring og uinnfridde forventninger – hvor mange roller har du? (datter/sønn, søster/bror, mor/far, bestemor/bestefar, arbeidstaker/arbeidsgiver, kollega/sjef/underordnet, kjæreste/ektefelle, pårørende/pasient, nabo/samfunnsborger m.m.). Opplevs noen av disse rollene konfliktfylte? Føler du at du stadig må omstille deg og sjonglere mellom mange ulike typer av roller? Stilles det forventninger eller krav til noen av disse rollene som du føler du ikke kan innfri? Er det du eller andre som stiller disse forventningene/kravene?

Lav forutsigbarhet – hvor forutsigbar er arbeidsdagen din og hverdagen din? Føler du at det hele tiden oppstår situasjoner du ikke har kontroll over og som gjør at du stadig må omstille deg?

Mobbing/trakassering/konflikter – opplever du å bli mobbet eller trakassert? Opplever du konflikter i forhold til bestemte personer, eller har du en tendens til å havne i konflikt med andre?

Samspill arbeid/privatliv – føler du deg dratt mellom arbeid og privatliv? Tar du med deg jobben hjem, eller tar jobben mer og mer av livet ditt? Har du mye dårlig samvittighet overfor arbeidsplassen din, og i så fall hvorfor? Har du mye dårlig samvittighet overfor familien din/venner, og i så fall hvorfor?

Trinn 5

b) Kartlegge egne reaksjoner på stress

Den umiddelbar stressreaksjonen er hensiktsmessig idet den frigjør energi i kroppen og får deg til å handle raskere, bli mer fokusert og effektiv, og får deg til å føle deg mer motivert. Stress over lang tid vil imidlertid påvirke tanker, følelser og atferd på helt andre måter, og du begynner kanskje å ”kjenne det på kroppen” ved at du blir sliten, ukonsentrert, frustrert og får plager.

Dersom noe eller noen har gjort deg stresset bør du føre opp dette i stemningsdagboken under ”daglige notater”. Dette vil over tid hjelpe deg til å se hvorvidt stress forstyrrer søvn eller daglige rutiner, og i hvilken grad stress bidrar til forstyrrelser i stemningsleiet ditt. Dette kan være et veldig aktuelt tema for samtalebehandling.

Tanker

- Går du rundt og sier: ”Skal, bør, og må” til deg selv?
- Vedvarende bekymringer og tanker som kverner
- Stadig større konsentrasjonsproblemer
- Stadig vanskeligere for å ta avgjørelser
- Tenker raskere og er mer skjerpet
- Tenker at du liker utfordringer
- Tenker at du liker å få brukt dine evner og ferdigheter
- _____

Følelsesmessige reaksjoner

- Optimistisk og ”gira”
- Glad og lykkelig
- Føler deg nyttig
- Mer ulykkelig og nedtrykt
- Stadig dårligere selvtillit
- Dalende motivasjon
- _____

Kroppslige plager

- Hodepine
- Nakkesmerter
- Smerter i skulder, overarm
- Smerter i underarm, håndledd, hånd
- Smerter i ryggen
- Brystsmerter
- Smerter i bena
- Kvalme eller oppkast
- Magesmerter eller mageknip
- Magekatarr eller sure oppstøt
- Hjertebank
- Eksem eller utslett
- Kløe eller svie i øynene
- Pustevansker
- Hoste
- Forkjølelse
- Svimmelhet
- Generelt kroppslig ubehag, uro
- _____

Atferd

- Søvnforstyrrelse
- Dårligere matlyst, glemmer å spise
- Hissig/irritabel
- Snakker raskere
- Mindre empatisk
- Målfokusert
- Går raskere, småløper
- Ser ikke andre, glemmer å hilse
- Klarer ikke slappe av
- _____

Trinn 5

c) Hvordan mestre stress?

Når du har fått oversikt over kilder til stress i ditt liv og hvordan du reagerer på stress, er neste trinn se hvordan du kan mestre stress. Stress kan ”angripes” fra ulike vinkler. Du kan ”angripe” selve kilden til stress (stressorene), bearbeide tankene som forårsaker eller opprettholder stress, rette fokus på hvordan du bedre kan forebygge stress eller hvordan du kan dempe de kroppslige reaksjonene (biokjemisk versus fysisk).

Du kan angripe kilden til stress

- Kan denne kilden til stress **unngås** og er det ønskelig? I så fall hvordan?
- Kan denne kilden til stress **fjernes** og er det ønskelig? I så fall hvordan?

Du kan bearbeide tankene som forårsaker eller opprettholder stress

Aktuell øvelse: ”Kognitiv restrukturering” (beskrevet trinnvis under avsnitt om depresjon i Verktøykassa) kan hjelpe deg til å forandre hvordan du opplever og tenker rundt krav og forventninger. Kan jeg tenke annerledes om kravene og forventningene jeg og andre stiller til meg selv?

Du kan også dempe opplevelsen av stress ved å aktivt be om eller sørge for

- Økt grad av kontroll**, for eksempel be om mer tid til å fullføre en oppgave, å få bestemme eget tempo, å kunne ta flere/lengre pauser, å få større beslutningsmyndighet, å selv få velge hvem man skal samarbeide med.
- Økt grad av sosial støtte**, for eksempel be om mer støtte eller hjelp fra kollegaer, venner, sjefen, be om at noen kan lytte til deg når du har behov for det (økt tilgjengelighet), be om konstruktiv tilbakemelding på det du gjør.

Dette krever en økt bevisstgjøring rundt dine behov og hva det er som motiverer deg. Her er alle forskjellige, og man kan ikke forvente at en sjef, kollega eller venn kan vite hva nettopp dine

behov er uten at du først gir uttrykk for dem. Du har selv et ansvar for å gjøre noe med det som stresser deg i hverdagen og på jobben.

Stressmestring omhandler også hvordan du forebygger stress i ditt liv

- ❑ Jeg opprettholder en regelmessig døgnrytme
- ❑ Jeg planlegger hva jeg skal gjøre og forbereder meg til vanskelige situasjoner
- ❑ Jeg sørger for å være uthvilt foran situasjoner jeg vet blir vanskelige
- ❑ Jeg spiser sunt og balansert
- ❑ Jeg trener regelmessig
- ❑ Jeg er åpen om mine problemer og sørger for å ha noen å snakke med
- ❑ Jeg har jevnlig kontakt med familie og venner som kan støtte meg
- ❑ Jeg unngår alkohol og rusmidler

Du kan også angripe stress ved å påvirke de kroppslige reaksjonene

De fleste har opplevd hvor effektivt alkohol (evt. andre rusmidler) virker på kroppen når man er stresset. Alkohol og rusmidler griper direkte inn i de biokjemiske prosessene som gir kroppslige stressreaksjoner. Alkohol og rusmidler kan gi umiddelbar og beroligende virkning, og er i så måte svært effektive i ”bekjempelse” av stress og kroppslige stressreaksjoner. Men bruk av rus for å klare å ”roe” seg ned, er strengt tatt er å betrakte som rusmisbruk. For en med bipolar lidelse virker rusmidler også direkte inn på de biokjemiske systemene som er med på å utløse og opprettholde sykdomsepisoder. I tillegg virker rus forstyrrende inn på effekten av legemidler/medisiner og kvaliteten av søvn. Kort oppsummert: Alkohol og rusmidler bør unngås, og i alle fall ikke brukes for å ”stresse ned”.

Mer hensiktsmessige måter å motvirke og forebygge stress og stressreaksjoner på, er ved ”sunne aktiviteter” som avslapningsteknikker, yoga og meditasjon, søvn, sex og mosjon/fysisk aktivitet.

Avslapningsteknikker

Det er viktig å koble av og gi deg selv et pusterom i perioder du er stresset. Hva som oppleves

som avslapning eller avkobling varierer fra person til person. For noen kan avkobling innebære en lang spasertur i naturen, å sykle, høre på musikk, lese et ukeblad eller gjøre hagearbeid. For andre er det avkobling å få muligheten til å uttrykke seg gjennom musikk, kunst eller andre kreative aktiviteter. Noen kan ha stor nytte av spesifikke avslapningsteknikker som meditasjon og yoga, hvor det inngår bestemte pusteøvelser, muskelspennings- og avslapningsteknikker eller visualiseringsteknikker.

Forbered deg på vanskelige situasjoner

Dersom det lar seg gjøre, bør du i størst mulig grad planlegge forutfor situasjoner eller møte med personer du vet vil gjøre deg stresset eller oppjaget. Prøv å forberede deg med å være så **avslappet og uthvilt** som mulig. Det kan hjelpe å ha **noen å snakke med** før eller etter vanskelige situasjoner. Det er viktig med støttespillere i livet, enten det er familie, venner eller en fagperson. Det kan være nyttig å få hjelp til å sette ting litt i perspektiv og til å se problemer på en litt annen måte. Andre ganger er det godt å bare ha en som er til stede og som lytter. En god samtale med en du stoler på kan være en veldig fin måte å redusere stress på, og kan forhindre at stress bygger seg opp og forårsaker en større krise.

Hvis du ikke orker å prate med noen om problemene dine, kan det hjelpe å skrive dem ned. Hvis du har for vane å skrive når du har det vanskelig, kan dette også hjelpe deg til å se etter sammenhenger mellom hva du opplever, tenker, føler og gjør, og om dette har en innvirkning på sykdomsbildet ditt.

Noen forbereder seg på vanskelige situasjoner med å sette av tid til å være alene og bare slappe av. Husk at det er helt legitimt å **utsette eller avlyse** avtaler du ikke føler deg bra nok til å gjennomføre. Husk at du må sette de grensene som gjelder for deg og ta vare på din psykiske helse.

Trinn 6

Kommunikasjonsferdigheter og problemløsning

Personer med bipolar lidelse har i **utgangspunktet** ikke problemer i sosiale relasjoner, men mange vil som ledd i sin funksjonssvikt (i de periodene de er syke) kunne utvikle betydelige problemer i forhold til sine nærmeste, ektefelle/samboer, venner og familie, så vel som arbeidsgiver, kollegaer og andre i ens omgangskrets. Det å måtte forholde seg til ting man har gjort mens man har vært syk, kan også være et vanskelig tema for mange.

I første omgang bør du undersøke hvorvidt familie, venner og andre du ønsker et godt forhold til, vet tilstrekkelig om bipolar lidelse til å forstå hva du gjennomgår når du er syk, og hvordan sykdommen påvirker både tenkning og atferd hos deg. Når andre forstår at du faktisk ikke alltid kan noe for at du blir både kranglete, oppfarende og irritabel, eller på andre måter oppfører deg annerledes enn til vanlig, vil deres holdninger til deg sannsynligvis også endre seg.

Det neste du kan gjøre er å øve deg i ulike kommunikasjonsferdigheter. Her er to forslag:

1. Aktiv lytting

- Se på den som snakker
- Hør etter hva som bli sagt
- Gi tegn på at du hører etter (nikke med hodet eller si ”mhm” eller liknende)
- Spør oppklarende spørsmål
- Fortell tilbake hva du har hørt/oppfattet av det den andre sa

2. Å be om noe på en positiv måte

Istedenfor å kritisere andre for det de gjør galt, er det faktisk mer effektivt å si ifra på en OK måte hva man heller ønsker fra den andre (dette kalles løsningsfokuseret tilnærming).

- Se på den det gjelder
- Si nøyaktig hva du ønsker at han eller hun skal gjøre
- Si hvordan det vil få deg til å føle
- Bruk setninger som ”jeg hadde satt utrolig stor pris på om du kunne...”,
”det er viktig for meg at du hjelper meg med...”

Problemløsning

De problemene du har med dine nærmeste, praktiske problemer eller problemer som oppstår som en følge av at du har vært syk, kan som regel spesifiseres til et konkret problem som kan løses (som økonomiske problemer, problemer i forhold til jobben, problemer med behandlingen eller livssituasjonen). Det kan være problemer du ønsker en løsning på, eller det kan være problemer andre har, men som også angår deg.

Her er en mulig fremgangsmåte:

A) Definere problemet. Spør alle involverte hva de mener problemet er og skriv det ned så konkret og detaljert som mulig:

B) List opp alle mulige løsninger på problemet, selv de løsninger som ikke virker gjennomførbare:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

C) Diskuter og skriv opp fordeler og ulemper for hvert løsningsforslag:

<u>Fordeler</u>	<u>Ulemper</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

D) Skriv opp den beste løsningen eller de beste løsningsforslagene, gjerne kombinasjon av ulike løsningsforslag:

E) Planlegg hvordan du eller dere skal gjennomføre løsningsforslaget og sett en tidsfrist.

Dato/frist: _____

F) Skriv opp hvem som skal gjøre hva:

Navn:

Navn:

Navn:

G) Skriv opp hva dere trenger for å gjennomføre (for eksempel penger, barnevakt, tilgang til bil, bestillinger)

H) Gjennomfør den løsningen dere har valgt og ros hverandre for hverandres innsats.

I) Når løsningen er gjennomført, kan dere gå tilbake til A) og se om problemet er løst. Hvis ikke kan dere forsøke å omformulere problemet og finne bedre løsninger.

MANI - AKTUELLE TILTAK

Trinn 1

Hvorfor forebygging er det viktigste

Når det gjelder mani, er forebygging sannsynligvis det viktigste tiltaket, fordi man som manisk eller i ferd med å bli manisk, opplever å ha større kontroll enn det man i virkeligheten har, fordi tilstanden ofte oppleves som svært behagelig og fordi man raskt mister sykdomsinnsikt.

Det er derfor svært viktig å kjenne de aller tidligste sykdomstegn (varselsignaler) og ha laget en skriftlig plan eller kontrakt over de tiltak som skal iverksettes tidlig i forløpet av en manisk episode. Dette gjøres i forebyggelsesplanen, og dette vil alltid involvere hjelp fra en eller flere i behandlingsnettverket.

Det som alltid vil gjelde i oppløpet av en manisk episode og uansett varselsymptomer, er:

- Sikre søvn
- Sikre medisindose
- Kontakte behandler

Trinn 2

Redusere/begrense aktivitet ved bruk av ”utvidet”

Aktivitetskalender

Aktivitetskalenderen gir en oversikt over normalt aktivitetsnivå i de periodene stemningsleiet er stabilt. Den kan brukes forebyggende ved å gi en oversikt over hva du vanligvis gjør av aktiviteter og ved at du holder deg til denne planen.

En ”utvidet” Aktivitetskalender kan brukes realitetsorienterende og som et regulerende verktøy i perioder du ser en tendens å påtar deg flere oppgaver enn vanlig eller hvis du er redd for å planlegge flere prosjekter enn du faktisk har tid og mulighet til å gjennomføre.

I en ”utvidet” Aktivitetskalender legger man også til alle dagligdagse rutiner, oppgaver og gjøremål, som gjelder både hjemme, på jobben og ellers alle sosiale forpliktelser man må opprettholde (som å hente/bringe barna til barnehage/skole/aktiviteter, foreldremøter, gå tur med hunden, handle mat, måltider husarbeid, hagearbeid og liknende), med estimert tid dette tar.

Skriv ned hvilke nye ideer du får, nye mål du setter deg og hvilke prosjekter du påtar deg inn i aktivitetskalenderen slik at det blir enklere å se hvorvidt disse er overkommelige i tillegg til alt det andre du vanligvis gjør. Se på dette sammen med din behandler, en av dine nærmeste eller andre i ditt nettverk, hvis du er usikker på om du påtar deg for mye.

Urvidet aktivitetskalender	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Type aktivitet/forpliktelse:							
Sport/fysisk aktivitet Fra kl. – til kl.							
Måltider (frokost, lunsj, middag, kveldsmat) Fra kl. – til kl.							
Rekreasjon (kino, café, natur); Fra kl. – til kl.							
Sosiale aktiviteter: Fra kl. – til kl.							
Hobbyer / interesser: Fra kl. – til kl.							
Arbeid/skole/kurs: Fra kl. – til kl.							
Faste oppgaver ifm jobb/ skole: Fra kl. – til kl.							
Faste gjøremål hjemme (husarbeid m.m.) Fra kl. – til kl.							
Sosiale forpliktelser ifm barn (levere/hente/aktiviteter/møter) Fra kl. – til kl.							
Nye mål/prosjekter: Fra kl. – til kl.							

Trinn 3

Bruk av kognitive teknikker mot tankemessige forstyrrelser

I arbeidsboken er det beskrevet vanlige tankemessige forstyrrelser og kognitive feiltolkninger under mani/hypomani. Disse innbefatter gjerne et uvanlig positivt selvbilde, at man blir overoptimistisk, har grandiose forestillinger eller oppfattelse av å ha spesielle evner/spesiell innvirkning på andre mennesker, at man blir mistenksom eller paranoid, eller at man får en strøm av nye ideer og planer man ønsker å iverksette.

- ❑ Kognitiv restrukturering kan være med på å identifisere og utfordre overoptimistiske eller paranoide tanker. Fremgangsmåte er den samme som beskrevet under avsnittet om ”Depresjon og aktuelle tiltak – kognitiv restrukturering”.

- ❑ Når det gjelder mani, bør slike intervensjoner (kognitive teknikker) iverksettes tidlig, mens man ennå kan resonnerer logisk, ta andre perspektiv, og fremdeles evner å objektivt evaluere tankeinnhold og egne ideer.

Andre tiltak kan rettes inn mot økt aktivitet i tankeprosessene mer enn mot forstyrrelser i selve tankeinnholdet. Som manisk/hypoman vil mange ha tiltagende problemer med å utføre planer og ideer på grunn av økende problemer med å fokusere oppmerksomheten på det som er relevant og på grunn av en stadig økende tankevirksomhet (tankeflom og digresjoner).

- ❑ Aktuelt tiltak kan være å skjerme vedkommende for stadige nye inntrykk med valg av fysiske omgivelser. Vedkommende bør oppholde seg i rolige, enkle og dempede omgivelser med lite støy, få eller ingen personer, og færre ting og avbrytelser.

- ❑ For å bremse tankeflom, er det for noen nyttig å måtte skrive ned alle ideene de får.

DEPRESJON

AKTUELLE TILTAK

Trinn 1

Hvordan ser min depresjonsspiral ut?

I arbeidsboken er det beskrevet hvordan negative tanker, følelser og handlinger forsterker hverandre gjensidig i en ond sirkel eller ”depresjonsspiral”, og i forebyggelsesplanen har du krysset av for hvilke symptomer som gjelder for deg når du er deprimert (tanker, følelser og atferd).

Øvelsen ”Kartlegging av depresjonsspiralen” minner om oversikten i forebyggelsesplanen, men hensikten her er at du i enda større grad skal se hvordan negative tanker, følelser og handlinger kan være med på å danne en ond sirkel eller et fast mønster hos deg.

Kartlegging av depresjonsspiralen

List opp ord som beskriver ditt humør når du begynner å bli deprimert (f. eks. trist, nervøs, urolig, redd, irritabel, oppfarende, nummen, tom, kjeder deg)

Beskriv med stikkord endringer i aktivitets og energinivå når du begynner å bli deprimert (f. eks. saktere bevegelser, trekker deg tilbake/isolasjonstendens, prater saktere, gjør færre ting, har liten eller ingen interesse for sex, føler deg sliten, føler deg sliten men likevel oppspilt)

Beskriv forandringer i hvordan du tenker, oppfatter og føler (f. eks. tankene går saktere, klarer ikke interessere deg for ting, fargene er blassere, folk beveger seg i raskt tempo rundt deg, du tviler på deg selv, du kritiserer deg selv, du føler skyld, skam, anger, håpløshet, du har konsentrasjonsproblemer, føler deg dum, kan ikke ta avgjørelser, tenker på å skade deg selv eller på å ta livet ditt, bekymrer deg om ting)

Beskriv forandringer i søvnmønsteret ditt (f. eks. ønsker å sove mer, våkner midt på natten uten å få sove igjen, våkner en eller to timer tidligere enn vanlig)

Beskriv hva som ellers virker annerledes når du er i ferd med å bli deprimert

Er det et mønster som alltid går igjen når du blir deprimert (f. eks. merker du det først på søvnen, så blir du sliten, gråter lettere og trekker deg fra sosiale aktiviteter, eller begynner det som regel med at du har for mye å gjøre på jobben, du blir stresset, irritabel og havner i konflikter?).
Begynner det alltid på samme måte? Beskriv hvordan et eventuelt mønster ser ut for deg?

Trinn 2

Aktivitetsmetoden

Det å opprettholde normal aktivitet er kanskje noe av det viktigste man legger vekt på i behandling av depresjon innenfor kognitiv atferdsterapi. Depresjon fører gjerne til at man unngår hyggelige aktiviteter og trekker seg fra sosiale sammenkomster (isolasjonstendens). På den måten får man heller ikke noe positivt tilbake fra sine omgivelser. Dette er med på å forsterke en depresjon og gjør at du trekker deg enda mer unna.

***Det verste du kan gjøre når du er deprimert er å bli i sengen,
sitte hjemme og unngå andre mennesker.***

Aktivitetsmetoden er todelt:

Del 1: Skriftlig registrering og opprettholdelse av normale aktiviteter (bruk Aktivitetskalender)

Del 2: Opplisting av aktiviteter som vanligvis gir glede og planlegging for slike aktiviteter gjennom uken

List opp aktiviteter/gjøremål som du vanligvis setter pris på, som du vet motvirker negativ tenkning eller distraherer deg fra negative tanker. Inkluder aktiviteter som innebærer omgang med andre mennesker, bruk av dine kunnskaper og ferdigheter, og hvor du vil oppleve positive følelser.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Eksempler: Spasertur, gå i kirken, synge i kor, spille et instrument, gå tur med hunden, se et TV program, gå på biblioteket, ringe til en venn, snakke med en psykolog, trene, sykle, høre på musikk, gå på café, lage mat, kjøre bil, håndarbeid, danse, gjøre frivillighetsarbeid, fotografere, gå på restaurant, gå i svømmehallen, avtale lunsj med en venn, skrive dagbok, meditere, gå på en forelesning, sole seg, vaske håret, ta et bad, ta fotpleie eller ansiktsbehandling, tegne/male, gå på kurs.

Planlegg for hele uken og velg hvilken dag du vil gjøre hva. Sett opp en realistisk plan etter hvordan du føler deg. Start gjerne med aktiviteter som ikke krever for mye planlegging og velg aktiviteter som ikke krever for mye energi (som å sette på en god film). Det er også viktig å legge opp til et program som ikke forstyrrer søvn eller andre faste rutiner.

Dag og klokkeslett	Aktivitet	Aktivitet Gjennomført	Humør /stemning før hver aktivitet (-3/+3 i stemningsdagbok)	
Mandag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Tirsdag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Onsdag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Torsdag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Fredag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Lørdag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____
Søndag ____ ____	1. _____ 2. _____	Kl. _____ Kl. _____	_____	_____

Trinn 3

Kognitiv restrukturering

Kognitiv restrukturering går ut på å identifisere og utfordre automatiske tanker, selvinstruksjoner og kognitive feiltolkninger (nærmere beskrevet i arbeidsboka). For en som er deprimert, er slike automatiske tanker og feiltolkninger overveiende negative, mens for en som er i ferd med å bli manisk, er slike tanker overpositive.

Med kognitiv restrukturering forsøker man å føre bevis for de tankene man har, se i hvilken grad tankene er logiske og fornuftige, og se om det er mulig å ta andre perspektiv, og få et mer nyansert og realistisk syn på saken.

Med kognitiv restrukturering forsøker man å erstatte uhensiktsmessige tanker med nye og bedre tanker, for så å se om dette kan få deg til **å føle deg bedre**.

Det kan være vanskelig å sette ord på automatiske tanker, nettopp fordi de er automatiske. Man får ofte bedre tak i disse tankene etter hvert som man jobber med et konkret problem.

Du må begynne med å skrive ned så detaljert du klarer enten:

- en tenkt situasjon (noe du bekymrer deg for, grubler mye på, gruer deg til, en forventning du har)
- eller en spesifikk hendelse (noe du har opplevd, en hendelse du ikke forstår eller som har gitt deg problemer, som du opplevde vanskelig eller ubehagelig)

Særlig er det opplevelser og tanker som involverer jobb, familie eller i nære relasjoner du kan konsentrere deg om i første omgang.

En typisk tenkt ubehagelig situasjon kan være å måtte snakke i en forsamling, holde en tale, holde en presentasjon, møte en gruppe ukjente mennesker, sette grenser overfor andre eller måtte be om hjelp fra andre. En spesifikk hendelse kan være at du har dummet deg ut, kanskje sagt noe du ikke egentlig mente eller at du ikke fikk de reaksjonene du hadde forventet av de andre. Nå ønsker du å se nærmere på hva som egentlig skjedde.

Trinn 3

a) Situasjonsbeskrivelse

- identifisere negative automatiske tanker

1. Beskriv situasjonen: Hva slags type situasjon, når, hvor, hvem og hvor mange er til stede, hvorfor dere er der, hva sier og gjør de andre, hva er det du sier og gjør.

2. Hva følte du i situasjonen? (På en skala fra 0-100% - hvor intens var denne følelsen?)

3. Hva tenkte du rett før du fikk denne følelsen?

4. Hva gjorde du?

5. Hva tror du hendelsen sier om deg eller om hva andre tenker om deg?

6. Hva tror du denne hendelser har å si for fremtiden din?

Trinn 3

b) Utfordre negative tanker med bevisføring

Kognitiv restrukturering handler om å utfordre negative automatiske tanker. Restrukturering er å stille seg selv en rekke spørsmål for å se situasjonen på nye måter. Disse spørsmålene kan være nyttige å ta opp og diskutere i samtale med din faste behandler.

Velg ut en negativ automatisk tanke fra situasjonsbeskrivelsen som du ønsker å utfordre:

Tanke/forestilling:

Hvilke holdepunkter har jeg for denne tanken? Har jeg bevis/fakta som underbygger den?

Vet jeg med sikkerhet at noe negativt vil skje?

Finnes det alternative måter å se situasjonen på? Finnes alternative forklaringer?

Hvordan ville andre ha vurdert situasjonen?

Er mine vurderinger basert på hvordan jeg følte eller hva jeg gjorde?

Setter jeg urealistiske høye eller uoppnåelige krav til meg selv (eller andre)?

Glemmer jeg viktige fakta eller fokuserer jeg for mye på uvesentlige ting?

Overvurderer jeg hvor mye kontroll eller ansvar jeg har i denne situasjonen?

Hva er det verste som kan skje? Og hvis det er sant, hvor mye betyr det? Hva er så negativt ved det?

Hvordan vil min situasjon være om noen måneder eller år fra nå?

Undervurderer (eller overvurderer) jeg min evne til å håndtere og påvirke situasjonen?

Hva er de mest sannsynlige følgene av denne situasjonen?

Hvor stor er sannsynligheten for at det skal gå galt? (På en skala fra 0 – 100%)

Hvor er logikken i denne tanken?

Hvor mye tror jeg egentlig på den selv? (På en skala fra 0 – 100%)

Hva er fordelene/ulempene ved å tenke på denne måten?

Er det som skjedde så viktig at hele fremtiden min avhenger av det?

Greier jeg ikke å skille mellom lite sannsynlige og sannsynlige hendelser?

Skriv opp tanken på nytt:

Hva føler du når du tenker på denne situasjonen nå?

Hvor intens er følelsen nå – på en skala fra 0-100%:

Har det skjedd noen forandring? Beskriv: _____

Trinn 4

Gradert oppgaveløsning

Fra arbeidsboken husker du kanskje at depresjonsspiralen kan ende i apati, og at denne ofte er knyttet til en uoverkommelighetsfølelse (at du ikke lenger klarer å ta tak i problemer, henger etter med oppgaver, husarbeid og alle mulige gjøremål og forpliktelser). En måte å ”angripe” uoverkommelighetsfølelse og apati på, er å ta tak i det man opplever som store overveldende oppgaver, og få hjelp til dele dem opp i mindre og mer overkommelige målsetninger.

Du starter med å liste opp alle oppgaver du ønsker å sette fokus på. Jo mer apatisk du føler deg, jo mer detaljert må en slik oppgavelisten være. De fleste vil trenge hjelp fra noen i nettverket sitt for å komme i gang med en slik liste. Mange vil også trenge en del hjelp til praktisk gjennomføring av noen av oppgavene/delmålene. For eksempel ”å vaske kjøkkenet” kan være en grei målsetning for noen, mens for andre er det bedre å dele kjøkkenvask inn i mange mindre delmål som ”å vaske opp”, ”tørke av benken” eller ”vaske gulvet”.

Du må gjerne gi deg selv en belønning for hvert hovedmål/delmål du har klart å gjennomføre (evt. sett en stjerne i stemningsdagbok for hvert mål du gjennomfører og se om måloppnåelse har innvirkning på stemning og humør).

Dag:	Hovedmål:	Delmål 1	Delmål 2	Delmål 3	Belønning:
Mandag					
Tirsdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
Lørdag					
Søndag					