



MIKAEL LANDÉN är professor i psykiatri vid Göteborgs universitet och forskare vid Karolinska Institutet i Stockholm. Hans forskning rör främst bipolära syndrom. Han är även kliniskt verksam vid en enhet som är specialiserad på bipolära syndrom.

Stämningläge i obalans

Bipolär sjukdom, som också kallas manodepressiv sjukdom, är en undergrupp inom förstämningssyndromen. Vid förstämningssyndrom är stämningläget påverkat till den grad att man kan tala om en sjukdom.

De flesta av oss har ett neutralt stämningläge, även om en del av oss är mer optimistiskt lagda och andra mer dystra. Det betyder att vi ser realistiskt på tillvaron, på oss själva och vad vi varit med om. Vi kan tänka och koncentrera oss.

Vi har energi att göra de saker vi vill och vi har en normal dygnsrytm; vi är vakna på dagen och sover på natten.

När grundstämningen förskjuts hamnar de här sakerna i obalans. Det är vanligast att stämningläget förskjuts nedåt. Vid *depression* har man sänkt stämningläge. Då blir det svårt att tänka eller företa sig något. Sömnen blir sämre och den deprimerade plågas ofta av svår ångest.

Depressioner förekommer ju även vid andra tillstånd än bipolär sjukdom. Finns det något som karaktäriserar just den bipolära depressionen? Man anser att det är något vanligare med så kallade atypiska symtom, som att man sover och äter mer än vanligt i stället för mindre. Det är också något vanligare med psykotiska symtom, att man förlorar verklighetsförankringen, vid en bipolär depression.

Stämningläget kan också förskjutas i andra riktningen och bli förhöjt. Då ser man mer optimistiskt på tillvaron, vilket kan verka positivt till en början. Men optimismen kan lätt slå över och bli psykotisk, förklarar Mikael Landén:

”Ett exempel på psykotisk optimism är att tro att man kan flyga. Det blir svårt att anpassa sitt beteende efter situationen. Man avbryter folk och blir oförsämd. Man har svårt att sitta still, och dygnsrytmen blir också påverkad. Man känner inte längre trötthet på ett normalt sätt, utan fortsätter med sina projekt långt in på småtimmarna, och faller i sömn kanske bara en timme eller två. Man tar fler risker, och detta gör att man kan ställa till det för sig. Det kan vara finansiella risker, sexuella utsvävningar, eller att man prövar droger som man normalt aldrig skulle ta.”

Det här kallas för *mani*. Under en mani kan man vara psykotisk och ofta krävs sjukhusvård. Man klarar inte att uppehålla ett jobb, och man hamnar lätt i gräl med arbetsgivare, kamrater eller en partner.

UNIPOLÄR OCH BIPOLÄR

Vissa personer får bara depressioner under livet. Detta kallar man unipolära, återkommande depressioner. Andra får omväxlande depressioner och manier. Då kallas det bipolärt syndrom typ 1. Slutligen finns det en grupp som får återkommande depressioner och som däremellan har hypomanier, men aldrig någon fullskalig mani. Det kallas bipolärt syndrom typ 2. Det är viktigt att skilja på de här tillstånden, eftersom de kräver olika behandling.



Foto: Gröna Lund

BERG- OCH DALBANA. Vid en mani är stämningläget sjukligt förhöjt. Vid en depression slår det över åt andra hållet.

Det finns en lindrigare form av mani som kallas *hypomani*. Hypomani har i grunden samma symtombild som mani men är av lindrigare grad. Vid hypomani är det möjligt att upprätthålla ett arbete och att hålla sig utanför sjukhus.

Ärftlighet och stressfaktorer

Bakom bipolär sjukdom finns ett starkt ärftligt inslag. Genom tvillingstudier vet man, att bipolär sjukdom till 60–80 procent förklaras av ärftliga faktorer. Men vilka dessa ärftliga faktorer är vet man inte. På senare år har man gjort stora studier, där man undersökt i stort sett hela vårt DNA. Men man har ändå inte funnit vilka genetiska varianter som ger upphov till bipolär sjukdom.

Man säger därför att bipolär sjukdom är en komplex, sammansatt, genetisk sjukdom. Det är förvisso inte unikt för bipolär sjukdom. Diabetes är också en sådan sammansatt sjukdom, liksom högt blodtryck och många andra kroppsliga sjukdomar. Även de är delvis ärftliga, men man har inte lyckats identifiera den exakta genetiska mekanismen.

Om man har en förstegradsläkting – ett barn, förälder eller syskon – med bipolär sjukdom, så vet man att risken att man själv får samma sjukdom ökar ungefär 10 gånger. Man räknar med att omkring 1 procent av befolkningen, eller kanske något lägre, får bipolär sjukdom. Har man en förstegradsläkting med sjukdomen, ökar risken att själv drabbas till 7–8 procent.

Det går ofta att identifiera någon stressfaktor som utlöser ett sjukdomsskov, i varje fall för de första skoven i början av sjukdomen. Det kan vara ett dödsfall i familjen, eller att man gör en utlandsresa och prövar droger man aldrig provat förut. Men sedan, efter det tredje eller fjärde skovet, hittar man sällan några utlösande faktorer. Då blir sjukdomen självsvängande. Och den är livslång.

Omvårdnad och behandling vid en akut mani

Vid en akut mani saknar man sjukdomsinsikt, och det är därför sällan man söker hjälp själv. Oftast är det arbetsgivaren eller anhöriga som har larmat sjukvården, eller ibland till och med polis. Det kan vara dramatik när man kommer till akutintaget. Det är därför inte sällan en maniker motsätter sig vård. Om vård ändå är oundgänglig och denna måste ske på sjukhus, kan man behöva tillgripa LPT, Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

En manikers stämningsläge är också mycket reaktivt; det kan vara rimligt lugnt tills någon gnista tänds brasan. Den gnistan kan vara till exempel ett telefonsamtal, en ilsken kommentar eller ett teveprogram. Vid vård av mani är det därför viktigt att patienten får lugn och ro. Det kallas stimuli-begränsning, och innebär att man begränsar tevetittande, sociala kontakter och antalet telefonsamtal, och att man dämpar belysningen eller släcker ljuset på kvällen.

”Det finns inga skäl att argumentera emot en maniker”, säger Mikael Landén. ”Det tjänar ingenting till. Om man har beslutat vad som ska ske är man rak och tydlig utan att lämna öppningar för diskussion. Däremot är det ytterst viktigt att visa respekt för individen. Det är lätt att ryckas med av det våldsamma och högljudda i situationen. Men då ska man veta, att det är inget fel på en manikers minne eller uppfattningsförmåga. Det är dessvärre vanligt att höra bipolära patienter berätta om kränkningar de upplevt under vården av en mani.”

Akut mani behandlas med läkemedel. Det är viktigt att få manin att lugna ner sig och att patienten får komma i sömn. De läkemedel som används är antipsykotiska, ångstdämpande och stämningsstabiliserande medel. Psykoterapi har ingen plats i behandlingen av en akut mani.

Stämningsstabiliserande behandling

Ett särdrag för bipolär sjukdom är att den viktigaste delen av behandlingen är förebyggande. Detta kallas stämningsstabiliserande behandling och går ut på att förebygga nya skov av mani eller depression.

Den vanligaste behandlingen är litium, men det finns även andra stämningsstabiliserande behandlingar. Målet är att man ska bli symtomfri. Ett problem är att man oftast måste ta den här behandlingen resten av livet. Det är inte lätt att motivera sig för en behandling som kanske ger biverkningar, när man inte har några aktuella symtom. Där har vi en viktig uppgift i vården: att motivera patienter så de fortsätter sin behandling.

Varje skov är farligt, och det är viktigt att förhindra nya skov. Vid manier kan man ställa till det för sig på flera sätt. Man kan bli skuldsatt för många år framåt, man kan ruinera sitt äktenskap eller förstöra sitt jobb. Men man kan också få rent fysiska skador, genom att kroppen blir utmattad av att vara så aktiv så länge och inte få sova. Hjärnan kan också ta skada vid en mani. Studier har visat att koncentrationsförmågan och minnet försämras efter maniska skov.

Även depressioner är skadliga. En depression innebär kraftigt ökad självmordsrisk, men också ökad risk för bland annat hjärtinfarkt.

Utbildning för patienter och närstående

Patientutbildning har en viktig roll i vården av bipolär sjukdom. På samma sätt som vid diabetes vinner man på att lära sig vad sjukdomen beror på och hur medicinerna fungerar. Vid patientutbildning diskuterar man till exempel tidiga tecken.

LÄKEMEDEL SOM STABILISERAR STÄMNINGSLÄGET

- Det vanligaste stämningsstabiliserande läkemedlet är **litium**, som är ett grundämne. Litium har använts som läkemedel sedan 1950-talet, och har en mycket väl dokumenterad effekt för att förebygga nya skov av mani och depression. Ett problem är att litium har ett så kallat "smalt terapeutiskt fönster". Det betyder att vid en viss dos är det effektivt och bra, men vid bara en något högre dos börjar det ge biverkningar, och vid en ännu högre dos blir det giftigt. Därför måste alla som behandlas med litium ta regelbundna blodprov, för att kontrollera att nivån av litium i blodet är tillräckligt hög för att vara effektiv, men inte så hög att den leder till biverkningar eller förgiftning.
- En biverkning som är viktig att känna till är att långvarig behandling med litium kan försämra njurarnas funktion. Därför följs även njurfunktionen upp med regelbundna blodprov.
- Som alternativ till litium används bland annat några antiepileptiska läkemedel. Det vanligaste är **valproat**. Valproat har dock några nackdelar som gör att användningsområdet är begränsat. Bland annat kan man inte ge det till kvinnor i barnafödande ålder, eftersom det kan ha en foster-skadande effekt. En annan antiepileptisk medicin som börjat användas mer är **lamotrigin**.
- Ett annat behandlingsspår är de nyare antipsykotiska läkemedlen, så kallade **atypiska neuroleptika**. De har använts en längre tid för att bota manier, men nu har man funnit att en del av dem också kan ha en stämningsstabiliserande effekt.
- Användningen av **antidepressiva läkemedel** vid bipolär sjukdom är omdömd. Somliga menar att behandling med dem ökar risken för överlag i mani. Den vanliga uppfattningen i Sverige är dock att dessa medel kan användas, men med försiktighet och bara tillsammans med någon stämningsstabiliserare.

Det finns en del patienter vars manier eller depressioner ständigt börjar på samma sätt; kanske att man förlorar en natts sömn, eller inte längre orkar borsta tänderna.

”Har man då en uttänkt strategi för vad man ska göra, kan man kanske förhindra ett skov”, säger Mikael Landén. ”Det kan till exempel handla om att kontakta vården, ringa en bekant, eller ta ett visst läkemedel. Man talar om räddningsmedicin. Det kan vara ett sömnmedel man har hemma men inte normalt tar. Men har man haft två sömlösa nätter ska man ta det så man får sova, och därigenom kanske förhindra ett maniskt skov.”

Även patientens närstående behöver utbildning. Målet är inte att hela livet ska handla om sjukdomen, utan tvärtom att få behandlingskontroll, så att man kan leva ett vanligt liv. Man kan exempelvis gå igenom vad anhöriga ska göra om de upptäcker tidiga tecken på ett skov. En modell är så kallade nätverkskontrakt, som patienten och anhöriga skriver under när patienten mår bra. Där kan det till exempel stå: *”Kör mig till sjukhuset om jag blir manisk – även om jag då säger att jag inte vill.”*

INFORMATION:

Föreningen Balans, patient- och anhörigförening för depression och bipolär sjukdom. www.foreningenbalans.se

LÄS MER:

Marie Åsberg, Björn Mårtensson: *Förstämmningssyndrom*. Samt ytterligare något kapitel i Herlofson m fl (red): *Psykiatri* (Studentlitteratur 2016).

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: *Behandling av depressionssjukdomar* (SBU 2004). Finns på www.sbu.se

Kay Redfield Jamison: *En orolig själ* (Natur&Kultur 1997). Finns på bibliotek eller som engelsk storpocket, *An Unquiet Mind*.

Arvid Lagercrantz: *Mitt galna liv* (Lind & Co 2010).



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.