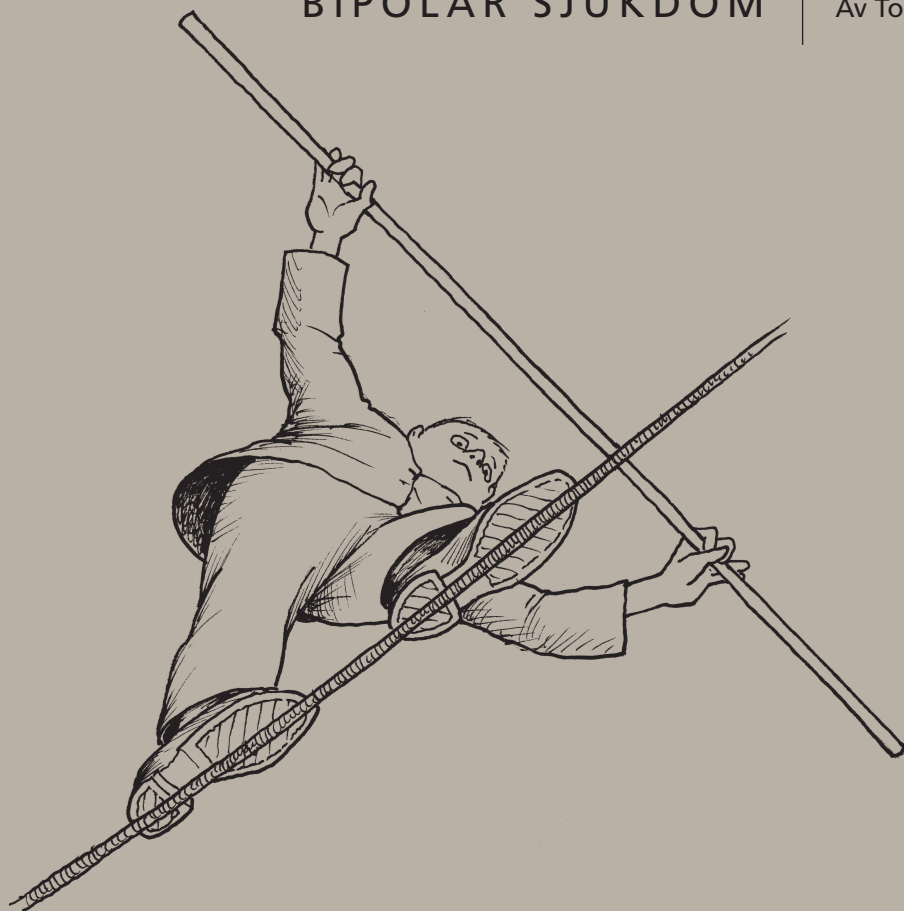


BIPOLÄR SJUKDOM

Av Tom Fahlén



Allmän beskrivning

del 1

©

Utgivare: GlaxoSmithKline AB, Solna.

Projektledare: Margaretha Cederholm, Corpus, Göteborg.

Papper: Inlaga: Multioffset 120 g. Omslag: Trucard Gloss 280 g.

Illustrationer: Omslag och inlaga – R&G Källgren AB, Göteborg.

Nytryck Januari 2010.

ISBN 91-88286-96-7.

GlaxoSmithKline AB ansvarar inte för innehållet i de olika avsnitten i denna bok.
Åsikterna som framförs är författarens egna och behöver inte delas av företaget.

All kopiering eller mångfaldigande av detta verk, helt eller delvis, utan upphovsmännens tillstånd, är förbjuden enligt lagen om upphovsrätt.

INNEHÅLL

FÖRORD	5
DEPRESSIONSPERIODER, MANISKA PERIODER OCH PERIODER MED BLANDADE SYMTOM	8
– Depressioner	9
– Klassiska maniska perioder	13
– Den maniska periodens svårighetsgrad	23
– Hypomana perioder	24
– Olika stadier i en manisk period	25
– Manier och depressioner som varandras motsatser	27
– Blandepisoder	28
DEN BIPOLÄRA SJUKDOMENS FÖRLOPP	30
– Bipolär sjukdom typ I	31
– Bipolär sjukdom typ II	34
– Snabbpendling (<i>“rapid cycling”</i>)	36
– Cyklotymt temperament	36
– Cyklotymi	38
– En regnbåge med dess olika färger	39
– Alkohol- och drogmissbruk	41
– Orsaker	42
– Ärftlighetens roll	44
– Stressfyllda händelser	46
– Sjukdomsperioderna ökar sårbarheten	47

FÖRORD

Bipolär sjukdom är ofta svår att behandla. Det kan behövas många korrigeringar för att nå positiva resultat, och inledande framgångar kan följas av bakslag. Det finns visserligen effektiva medel och metoder, men behandlingen är långsiktig och måste vara flexibel, präglad av fingertoppskänsla, skraddarsydd för varje enskild patient och förankrad i den forskning som finns.

Under de senaste årtiondena har kunskapen om sjukdomen ökat snabbt. Varje år publiceras fler vetenskapliga rapporter än vad som presenterats året innan, och med den strida strömmen av nytillkomna fynd följer mängder av översiktsartiklar och böcker som utgår från de mest aktuella studierna.

Därmed har också behandlingen vidareutvecklats och blivit mer komplex. De som arbetar med patienter som har bipolär sjukdom måste ägna mycket tid åt att hålla sig hyggligt förtrogna med den kunskapen. Inte bara för läkare, utan också för andra personalgrupper har det blivit nödvändigt med en kontinuerlig fortbildning om sjukdomen.

Men det räcker inte med att forskningslitteraturens kunskap om bipolär sjukdom förmedlas till dem som arbetar inom psykiatri. Behandlingen har också utvecklats så att patienterna ges en betydligt mer aktiv roll än tidigare. Den som drabbats av sjukdomen ska vara med om att utforma förändringar som till stor del kommer att beröra de egna vardagsrutinerna.

Därmed måste också patienter tillägna sig så mycket som möjligt av den kunskap som finns om sjukdomen. Vidare kan behandlingen förbättras ytterligare om också anhöriga engageras. De är oftast en viktig resurs och de behöver också vara välinformerade.

Kunskapen om sjukdomen och dess behandling förmedlas till stor del muntligen under planerade samtal. Om möjligt bör sådana samtal kompletteras med föreläsningar och studiecirklar. Men det bör också finnas ett skrivet material att hänvisa till och som kan användas i självstudier. Ett sådant hjälpmedel kan tjäna som stöd för diskussioner, planering och beslut.

När man betonar vikten av kunskap, finns alltid risken att den framstår som något absolut. Men vetenskapens samlade bild av en företeelse, t.ex. bipolär sjukdom och dess behandling, ger sig inte ut för att presentera någon slutgiltig sanning.

De samlade vetenskapliga rapporterna utgör en ofantlig och svårläst textmassa. Ingen kan behärska den fullt ut. En populariserad framställning som i dessa häften kommer därför oundvikligen att rymma subjektiva urval, missuppfattningar och andra ofullkomligheter. Därtill kommer den snart att bli otidsenlig. Men alternativet är att avstå från popularisering och låta författade meningar, osaklighet och moralism tränga in i behandlingen.

Detta häfte och det följande häftet om läkemedel vill förmedla en allmän kunskap om sjukdomen. Avsikten är att den kunskapen ska användas när man sedan försöker kartlägga de särdrag som sjukdomen har för en viss

person (del 3) och mejsla ut rutiner och insikter för att motverka sjukdomsyttringarna mer effektivt (del 4 till 6).

Därmed får häftena också karaktären av ett konkret behandlingsprogram som kan användas som det är, eller som utgångspunkt för ett modifierat program.

Kungälv i januari 2004

Tom Fahlén

Specialist i psykiatri, med.dr

DEPRESSIONSPERIODER, MANISKA PERIODER OCH PERIODER MED BLANDADE SYMTOM

Bipolär sjukdom, eller manodepressiv sjukdom som den också kallas, är en kronisk sjukdom som har ett periodiskt förlopp. Ofta växlar sjukdomsperioder med symtomfria perioder. För diagnosen krävs att åtminstone en av sjukdomsperioderna ska ha präglats av ett stegrat stämningsläge. Beroende på symtombilden kan den perioden betecknas som en mani, en hypomani eller en period med ett blandat inslag av både mani och depression. De flesta som drabbats av en bipolär sjukdom har dessutom återkommande depressioner.

Förloppet varierar kraftigt. En del har svåra manier med psykotiska symtom som förvirring och grava vanföreställningar, medan andra bara drabbas av mycket lindriga manier, så kallade hypomanier. En del har mycket svåra depressioner, medan andra inte drabbas av några depressioner alls eller bara av milda sådana. En del är under långa tider helt utan symtom, medan andra har vissa kvarstående symtom också mellan perioderna, och åter andra pendlar ständigt och har därför knappast några perioder med "normalt" stämningsläge. För en del är sjukdomsperioderna mycket långa, kanske flera år, medan perioderna för andra bara är på några få dagar.

De flesta beskrivningar av symtombilden utgår från den amerikanska diagnosmanualen DSM-IV (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, 1994*). Det gör också följande framställning.

DEPRESSIONER

Depressioner kännetecknas som regel av oföretagsamhet, nedsatt energi, sänkt självkänsla, pessimism, nedstämdhet, oförmåga att känna glädje, lust och intresse, och ökad stresskänslighet. I DSM-IV beskrivs en depressions-episod på följande sätt:

Under en sammanhängande tvåveckorsperiod ska minst fem av följande symtom finnas och orsaka ett påtagligt lidande eller försämrad funktionsförmåga:

1. nedstämdhet
2. minskad förmåga att känna glädje eller intresse
3. minskad eller ökad aptit, viktnedgång eller viktuppgång
4. sömnsvårigheter eller ökad sömn
5. rastlöshet eller synlig långsamhet eller tröghet
6. trötthet eller nedsatt energi
7. känslor av värdelöshet, skuldkänslor
8. koncentrationssvårigheter
9. tankar på döden, självmordstankar.

Det kan vara lämpligt att följa denna lista för att beskriva symtomen mer ingående:

Nedstämdhet, irritabilitet

De flesta som är deprimerade beskriver sig som nedstämda och brukar också berätta om känslor av hopplöshet och meningslöshet. En del känner sig emellertid varken ledsna eller sorgsna, men upplever en plågsam oförmåga att känna glädje. Denna svårighet att glädja sig är ett av de viktigaste symptomen vid depression. Normala glädjeämnen fungerar inte längre. "Livsglädjen är borta". Många har en känsla av tomhet och beskriver en total oförmåga att känna.

Många tycker att de har blivit mer sårbara och känsliga. De har lättare att ta illa vid sig, är mer irriterade och har svårt att hantera också mycket små motgångar. De tycker ofta att de förlorat förmågan att visa tålamod, och får lätt vredesutbrott. Vid milda depressioner är det ofta inte nedstämdheten som dominerar, utan irritabiliteten och stresskänsligheten.

Svårigheter att känna intresse och tillfredsställelse

Den som är deprimerad har en nedsatt förmåga att bli stimulerad av positiva händelser. Det som tidigare upplevts som intresseväckande, engagerande och stimulerande förlorar sin mening. Förmågan att känna tillfredsställelse i olika aktiviteter är som borta.

Som regel får man inte längre samma känslomässiga utbyte av musik.

Den sexuella lusten är ofta nedsatt eller helt borta. Det är svårt att finna nöje i umgängesliv. TV-programmen ter sig meningslösa. Man blir tillbakadragen och en del upplever en plågsam likgiltighet och leda.

Förändrad aptit

Aptiten påverkas ofta. Förändringen kan gå i två riktningar. Oftast försämras den. Maten smakar inte längre. Man måste tvinga sig att äta. En del går ned i vikt. Andra upplever ett ökat matsug, beskriver ett "tröstätande" och tenderar att gå upp i vikt då de är deprimerade. Många får ett kraftigt sug efter choklad och sötsaker.

Sömnsvårigheter eller ökad sömn

Sömnsvårigheter är vanliga. En del har svårt att somna. Många sover yttligare än vanligt, vaknar lätt och kan inte somna om. Besvär av tidigt uppvaknande är ofta typiskt. Man somnar kanske utan svårigheter, men vaknar sedan på småtimmarna och kan inte somna om. Morgontimmarna blir plågsamma, präglade av kval och ångest. Man talar om "vargtimmar".

En del reagerar på motsatt sätt. De känner sig tunga i kroppen, ligger mycket, och sover betydligt mer än normalt, ofta mer än 12 timmar per dygn. Många säger att de "går i ide". Ökad sömn är mycket vanligt vid bipolära depressioner.

Orörlighet eller rastlöshet

Många som är deprimerade visar en märkbart minskad rörlighet. De har svårt att ta initiativ och blir ofta sittande apatiska. De ter sig dröjande och långsamma.

Rastlöshet förekommer hos en del. De har svårt att koppla av, har svårt att sitta stilla, går av och an, vrider händerna och plockar. En sådan överaktivi-

tet kan ibland bero på att en del lindrigt maniska symtom förekommer samtidigt med depressionssymtomen.

Trötthet, nedsatt energi

Den som är deprimerad upplever ofta en speciell form av trötthet. Det är som om förmågan att få fram energi försvunnit. Det som tidigare gjorts automatiskt utan någon ansträngning kräver nu stor möda. "Allt tar emot." Man måste tvinga sig för att komma igång. En del säger att de är "handlingsförlamade". Detta drag är ofta särskilt uttalat vid bipolära depressioner.

Känsla av värdelöshet, skuld känslor

Självanklagelser och skuld känslor är vanliga. Tankarna kretsar ofta kring föreställningen att man är värdelös. Man duger ingenting till och har alltid varit en bluff. Minnen kring tidigare händelser får en negativ innebörd och tas som bekräftelser på självanklagelserna. Bagatellartade misstag förstoras och ältas på ett tvångsmässigt sätt. De negativa tankarna ter sig automatiska. Också omvärlden tolkas ofta i mörka färger. Man känner sig lätt illa omtyckt och kanske motarbetad.

Koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet

Tankeverksamheten brukar kännas trög. Det är svårt att minnas och förmågan att koncentrera sig är nedsatt. Många har mycket svårt att bestämma sig, också då det gäller småsaker. Varje beslut ter sig obehagligt. Både förmågan att tänka och vilja tycks hämmade.

Tankar på döden

Tankar om döden är vanliga under en depression. Man tänker mer än vanligt kring döden som sådan. Många säger sig att det skulle vara bättre att vara död. Ungefär 80% av dem som är deprimerade har självmordstankar.

Andra symtom

Som tillägg till DSM-IVs lista bör några andra vanliga symtom nämnas.

Ängslan och oro för småsaker. Den som är deprimerad bekymrar sig ofta. Ältar och grubblar. Farhågor odlas. Fantasier om framtida misslyckanden, olyckor eller sjukdomar är vanliga. Självförtroendet är sänkt och en del plågas av kraftig osäkerhet i kontakten med andra.

Nervositet med kroppsliga symtom som muskelspänning, svårigheter att slappna av och värk förekommer ofta. Besvär av yrsel, hjärtklappning, svettningar och magbesvär är också vanliga.

Ibland har symtomen vid egentlig depression en s.k. "melankolisk dygnsrytm". Besvären är då genomgående svårast under morgnarna och förmiddagarna, för att sedan successivt minska och vara minst uttalade under kvällarna.

KLASSISKA MANISKA PERIODER

Maniska perioder ter sig delvis som depressionernas motsats. Energin ökar långt utöver normal nivå. Många känner sig osedvanligt starka och vitala. Aktiviteten och tempot drivs upp. Man griper sig an en mängd projekt, driver dem ofta hårt och med intensiv beslutsamhet, känner sig inspirerad, en-

gagerad och upplever en stegrad självkänsla. Idéerna flödar. Tankeförloppet är snabbt. Personer i omgivningen får ofta svårt att hänga med. De reagerar inte bara på intensiteten, utan också på den bristande självkritiken i alla initiativ. De ser det orealistiska och oresonliga i projekten, och det riskabla i dem. Men de märker också att det är svårt att påverka det som sker. Den som är manisk brukar bemöta invändningar med ilska och vredesutbrott. I kontakten med andra är han eller hon ofta påträngande på ett sätt som andra upplever som obehagligt.

Den som är manisk upplever ofta att tankarna rusar iväg. Det är svårt att hålla ihop dem. De grenar ut sig okontrollerat. Personer i omgivningen märker som regel att talet är osammanhängande. Oförmågan att hålla samman idéerna och det intensiva, irriterbara och påflugna beteendet gör att man ter sig avvikande och sjuk. Sömnbehovet minskar och bristen på sömn ökar graden av förvirring. Manier har, om de är kraftiga, ofta psykotiska symtom: vanföreställningar, förvirring och ibland hallucinationer. Manier rymmer inte bara upplevelser av stegrad självförtroende och välbefinnande, som är vanligt i inledningskedet, utan präglas ofta också av rädsla, panikkänslor, nedstämdhet och förföljelseidéer.

I diagnossystemet DSM-IV har manier beskrivits på följande sätt:

- A. Under en period på minst en vecka är sinnesstämningen abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad.
- B. Samtidigt ska minst tre av följande sju symtom finnas med i bilden:
 1. förhöjd självkänsla eller grandiositet (överdriven tro på egna kunskaper och färdigheter, och egen betydelse och makt)
 2. minskat sömnbehov
 3. ökad pratsamhet eller svårighet att hålla tyst
 4. tankeflykt eller upplevelse av tankerusning
 5. lätt distraherad (uppmärksamheten dras lätt till ovidkommande stimuli)
 6. ökad målinriktad aktivitet eller psykomotorisk agitation
 7. ger sig in i lustbetonade aktiviteter som tenderar att leda till obehagliga konsekvenser (t.ex. köpgalenskap, omdömeslösa investeringsplaner, sexuella felsteg).
- C. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression (se nedan).

- D. Störningen ska vara så allvarlig att den orsakar en påtaglig funktionsförsämring i yrkeslivet, i vanliga sociala aktiviteter eller i mellanmänskliga relationer, eller nödvändiggör sjukhusvård för att förhindra att sjukdomsepisoden leder till att man gör något som blir negativt för en själv eller andra, eller att symtombilden rymmer psykotiska drag.
- E. Symtomen beror inte på drogmissbruk, pågående läkemedelsbehandling eller någon icke-psykiatrisk sjukdom.

Utifrån dessa punkter kan manier beskrivas närmare.

Förhöjd sinnesstämning

Under en manisk period kan man tycka att man mår mycket bra. Man kan känna sig "hög", uppleva ett enastående flyt i det man företar sig och känna sig kraftigt stimulerad av det man gör. Man är entusiastisk, tycker sig lyckas med allt och att allt är möjligt. För personer som inte känner en kan ens beteende först uppfattas som smittande. De kan charmas och fascineras, åtminstone innan symtombilden hunnit bli mer extrem. Men nära bekanta uppfattar oftast stämningsläget som abnormt och som en del av ett både riskabelt och konfliktpräglat beteende. Också den som är manisk kan uppleva sitt förhöjda stämningsläge som obehagligt, som en ökad nervositet.

Långtifrån alla upplever någon förhöjd sinnesstämning under sina manier. Tvärtom kan olika negativa känslor dominera, t.ex. oro, otillfredsställelse och otålighet.

Expansiv sinnesstämning

Många som är maniska hänger sig åt en rad storslagna projekt. Man känner en entusiasm för projekten som ofta är ihållande och kritiklös. Man försöker dra med sig andra i sina långtgående planer och man upplever att man entusiasmerar andra. Man kan ta en mängd kontakter i sina försök att förverkliga projekten och kan ringa upp folk också på olämpliga tider. En del kontaktar företag och myndigheter under sina manier och gör det genom att försöka nå ledande chefer och andra med hög position. Man har ingen känsla av de egna begränsningarna. Normala hämningar, genansreaktioner och tvivel utlöses inte. Om saker inte går som man tänkt, tror man gärna att det är andra som står i vägen för en.

Irritabel sinnesstämning

Hos många präglas manin mest av irritabilitet och mindre av positiva känslor. Lynnighet, otålighet och aggressivitet är vanligt. En känsla av att vara jäktad och stressad upplevs som obehaglig. Många blir arroganta, högljudda och börjar gräla utan synbar anledning.

Förhöjd självkänsla eller grandiositet (överdriven tro på egna kunskaper och färdigheter, och egen betydelse och makt)

En mani karakteriseras ofta av ett kraftigt stegrat självförtroende. Många känner sig betydelsefulla, framgångsrika och smartare än andra, och har en påtaglig övertro på den egna förmågan. De kan uttala sig tvärsäkert om saker som de bara har begränsade kunskaper om, tycka sig veta bättre än specialister på området. Tron på den egna förmågan kan hos en del bli så orealistisk att den framträder som klara vanföreställningar. De kan då t.ex.

se sig själva som någon mycket känd, betydelsefull och historiskt viktig person. De kan också tro sig ha någon övernaturlig förmåga.

Minskat sömnbehov

Under en mani är sömnbehovet ofta påtagligt minskat. Många beskriver hur de har svårt att varva ned på kvällarna och hur de efter bara någon timmes sömn kan vakna fyllda av energi. "Jag går igång direkt". Trots den minskade sömnen känns ingen trötthet. En del upplever det som både fantastiskt och positivt att de inte behöver sova så mycket som andra. De har ofta svårt att märka några negativa konsekvenser. Andra upplever sömnbristen som ett uppenbart problem och märker tydligt att den förvärrar koncentrationssvårigheterna. Många märker också att den minskade sömnen kan förstärka övriga maniska symtom.

Ökad pratsamhet eller svårighet att hålla tyst

Talet blir ofta forcerat, snabbt, intensivt och präglad av otålighet. Personer i omgivningen får ofta svårt att hänga med. Det är vanligt att den som är manisk försöker dominera och övertyga andra. Man har svårt att lyssna, vill ta över i sällskap på ett sätt som gör det svårt för andra att få något sagt. Pratsamheten och oförmågan att vara tyst kan bli mycket tröttande för omgivningen. De kan finna att det är svårt eller omöjligt att avbryta.

Tankeflykt eller upplevelse av tankerusning

Talet är ofta påfallande snabbt och associationsrikt. Den som är manisk kan själv ha en känsla av att tankarna rusar fram av sig själva. Många säger att tankarna "poppar upp" och att tre eller fyra tankar kan komma samtidigt.

Det är svårt att hålla tråden. Det ena samtalsämnet avlöser snabbt det andra med hopp från idé till idé. Ibland kan man tala om idéflykt. Den som är manisk kan te sig splittrad och ha svårt att hålla ihop alla infall. En utomstående kan kanske se vad som länkar samman tankegångarna, men samtidigt ha svårt att finna någon mening i det som sägs.

Uppmärksamheten dras lätt till ovidkommande händelser

Den som är manisk är ofta påfallande lätt distraherad, kan ena stunden vara intensivt upptagen av ett samtalsämne, för att sedan snabbt byta tema. Många tycker själva att de har besvärande koncentrationssvårigheter. Det är svårt att avskärma sig från det som händer i omgivningen. Uppmärksamheten rycks mycket lätt iväg till något annat och ofta helt ovidkommande.

Ökad målinriktad aktivitet

Den extrema energi som andra kan märka och som ibland beskrivs som "vulkanisk" är ofta inriktad på olika projekt. Eftersom idéer snabbt avlöser varandra kan det mesta stanna just vid idéer. Det som påbörjas i praktisk handling lämnas dessutom ofta oavslutat. Nya projekt får ta över. Många för anteckningar om sina planer för att försöka hålla ihop det hela. En del projekt är relativt enkla, som storstädning, ommöblering och ombyggnader i hemmet. Sådana projekt kan sättas igång mitt i natten. Andra projekt är mer storslagna. Det kan då röra sig om affärer eller konstnärlig verksamhet. Dessa projekt kan ha drag av det fantastiska och ibland också drag av genialitet. Men det mesta är ogenomförbart och kommer inte heller längre än till ett förberedande stadium. Ofta får idéer om nya projekt avbryta ett redan påbörjat.

Tar många sociala kontakter

Den som är manisk brukar ha en tendens att ta många nya kontakter, börjar gärna prata med främlingar, inleder samtal med vem som helst på allmänna platser, bjuder ut människor på restaurang o.s.v. Telefonsamtalen blir många.

Ökad psykomotorik

Den som är manisk rör sig ofta mycket snabbt, som om det alltid är bråttom, talar med livliga gester, och verkar oförmögen att koppla av, ger ett intryck av outtröttlighet. Aktivitetsnivån brukar vara högt uppdriven, präglad av rastlöshet och planlöshet. Man har svårt att sitta stilla och hetsar mellan olika aktiviteter.

Ger sig in i lustbetonade aktiviteter som tenderar att leda till obehagliga konsekvenser (t.ex. köpgalenskap, omdömeslösa investeringsplaner, sexuella felsteg)

Många som är maniska söker sig till situationer som kan ge spänning och stimulans. Dit hör sällskapsliv, köporgier, ekonomisk överdådighet, spel om pengar, sexuella äventyrligheter och den stimulans som kan nås med alkohol och andra droger. Oförmågan att förutse negativa konsekvenser gör beteendet riskfyllt.

Många ger sig in i ett dyrbart sällskapsliv, ordnar påkostade fester, gör restaurangbesök och krogronder. De söker sig då ofta till händelsernas centrum, vill bjuda andra och spenderar flott och onaturligt storslaget. En överdådig generositet är inte ovanlig. De kan ge gåvor som ter sig oöverlagda och onormala.

Dyra inköp är vanligt. Det kan röra sig om lyxbilar, båtar och hus, med skulder och övertrasserade konton som följd. Det kan också röra sig om mindre dyra varor. Men mängden kan vara uppseendeväckande. Inköpen är påfallande impulsiva. Efteråt kan det som inhandlats få stå kvar hemma i oöppnade paket eller påsar, ibland i många exemplar.

Spel om pengar förekommer. Insatserna kan vara höga och spelskulderna stora. Många känner sig också mycket stimulerade av att ta fysiska risker och vill ge sig in i situationer som andra undviker av rädsla.

Andra symtom

Till symtom som inte tas upp i DSM-IV, men som ofta är viktiga, hör den sociala hämningslösheten och oförmågan till självinsikt.

Normalt hämmas människors sociala aktivitet av emotionella reaktioner som genans, skam och skuld. Sådana reaktioner förhindrar ganska effektivt sociala övertramp, och beteendet hålls inom socialt accepterade ramar. Vid mani utlöses inte dessa bromsande emotioner och beteendet blir hämningslöst. Föroläpande kommentarer, sexuella utspel och annat uppseendeväckande och frånstötande beteende blir lätt en del av den maniska symtombilden. Det är därför ofta svårt att återknyta kontakter efter en mani. Den som är manisk riktar ofta hård kritik mot andra. Kritiken kan vara ganska så pricksäker och t.o.m briljant. Samtidigt är förmågan att granska sig själv kritiskt kraftigt nedsatt på ett sätt som kan te sig paradoxalt. Normalt styrs ens självkritiska medvetenhet av känslореaktioner som fokuserar uppmärksamheten till negativa sidor i det egna beteendet.

När sådana emotioner inte utlöses och initiativen kring tänkbara handlingsalternativ inte kan bromsas normalt, kan man heller inte granska sig själv. Förmågan till självinsikt blir minimal. Egna fel och brister förnekas och tanken att man kan vara sjuk blir svår att acceptera.

Nedsatt funktionsförmåga

För att en period ska kunna rubriceras som manisk, måste den leda till en klart nedsatt funktionsförmåga. Den kan ofta ses inom flera områden.

I den egna hemmet är det ofta svårt att hålla också en elementär ordning. Inom familjen utvecklas lätt konflikter, oro och otrygghet. Ljudnivån blir ofta hög. Grannar kan känna sig störda.

Förutsättningarna att klara arbete eller studier är dåliga. Svårigheterna att skapa en vardaglig struktur, koncentrationssvårigheterna, oförmågan att slutföra en uppgift, impulsiviteten, oberäkneligheten, de många orealistiska initiativen, oförmågan att samarbeta med andra, de orimliga kraven på omgivningen, irritabiliteten, tendensen att missförstå andra och att störa dem i deras arbete, allt bidrar till att göra situationen omöjlig på en arbetsplats. Privatekonomin blir ofta svårt tilltrasslad. Betalningsanmärkningar och skulder är vanliga.

Den som är manisk kan under sina "normala" perioder uppskattas för att vara ärlig, hänsynsfull, generös och omtänksam, men kan under sina maniska perioder stöta bort andra med sin arrogans och oförmåga att lyssna. Kamratrelationer sargas. Bekanta drar sig tillbaka. De tycker ofta

att situationen blivit alltför pressande och att de inte orkar med liknande händelser i framtiden. De separationer som sedan äger rum, sker mer eller mindre öppet. De sociala nätverk som funnits kan rivs sönder mycket snabbt av de konflikter och sociala klavertramp som är en del av manin.

Till den nedsatta funktionsförmågan hör olika riskbeteenden. Ett sådant är farlighet i trafiken. Den som är manisk kör ofta fort, ryckigt och impulsivt med mängder av omdömeslösa chanstagningar, är ofta irriterad på medtrafikanterna och tycker sig felaktigt ha full kontroll över körningen.

DEN MANISKA PERIODENS SVÅRIGHETSGRAD

Maniskt präglade perioder kan ha olika svårighetsgrad. Mycket svåra perioder brukar kräva sjukhusvård med stöd av Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT). Lindrigare former är inte lika destruktiva, men ska inte bagatelliseras, vilket ofta sker. Det är sant att symtomen kan vara så lindriga att man t.o.m. kan se en förhöjd prestationsförmåga och ökad kreativitet. Därför har man också dragit en skiljelinje mellan "hypomana" episoder (perioder som inte leder till någon mer påtaglig funktionsnedsättning) och maniska episoder (perioder som påtagligt försämrar den sociala funktionen). Men det får inte leda till att man slarvigt betecknar lindriga men klart maniska perioder som "hypomana".

HYPOMANA PERIODER

Mycket lindriga maniska perioder, s.k. hypomana perioder, är naturligtvis mindre allvarliga i sina konsekvenser än maniska perioder. Ekonomisk äventyrlighet och omdömeslöshet i kontakten med andra kan visserligen förekomma, men den ökade intensiteten i beteendet är inte lika extrem som vid mani, och andra kan uppleva den som stimulerande och medryckande. I efterhand nämner många patienter olika problem: de tycker att de gör för mycket, bränner ut sig, tar på sig mer än vad som kan slutföras, tänker sig inte för tillräckligt. Dessa problem är emellertid inte särskilt stora. Är problemen påtagliga bör perioden rubriceras som manisk. DSM-IV beskriver hypomana episoder på följande sätt:

1. Perioden kännetecknas av samma symtom som vid manisk episod, d.v.s. individens sinnesstämning är förhöjd, expansiv eller irriterad och minst tre av de sju symtomen i lista B (se sidan 15) ska finnas med.
2. Perioden ska ha en längd på minst fyra dagar.
3. Perioden ska medföra en tydlig förändring av patientens normala sätt att fungera.
4. Perioden får däremot inte vara så allvarlig att den orsakar påtaglig funktionsförsämring socialt eller i yrkeslivet.
DSM-IV påpekar: "Förändringen i sättet att fungera kan för vissa innebära ökad effektivitet, prestationsförmåga eller kreativitet. Men för andra kan hypomani orsaka en viss social och yrkesmässig funktionsnedsättning".
5. Perioden får inte vara så allvarlig att den motiverar sjukhusvård.
6. Psykotiska symtom får inte finnas.

OLIKA STADIER I EN MANISK PERIOD

En manisk period utvecklas som regel successivt. Först märks en stegrad entusiasm och energi som är svår att skilja från det som är normalt. Från den lätta hypomana överaktiviteten utvecklas så en klar mani. I början av perioden, innan överaktiviteten drivits till extrem nivå, kan patienten uppleva tillståndet som mycket positivt, med stegrad självkänsla och känsla av lycka och upprymdhet. Men på ett senare stadium av en svår mani brukar upplevelser av kaos ta överhanden med känslor av rädsla och nedstämdhet.

Man kan beskriva sådana stadier i en svår mani på följande sätt:

STADIUM 1	STADIUM 2	STADIUM 3
Labilt stämningsläge. Eufori överväger ofta. "Mår mycket bra". Känsla av samhörighet.	Stämningsläget allt mer labilt. Ökad dysfuri. Nedstämd, upprörd, orolig.	Nedstämdhet, känsla av hopplöshet. Rädsla, panikkänsla.
Irritabilitet när någon ifrågasätter det man gör.	Ökad irritabilitet. Explosivitet, ilska, aggressivitet, hotfullhet.	
Moraliserande gentemot andra, visar intolerans, söker fel hos dem. Krävande, otålig.		
Stegrad självkänsla, expansiv, grandios.	Vanföreställningar, ofta grandiosa.	Bisarra vanföreställningar.
Tankeförloppet snabbt, men sammanhållet, även om det finns en tendens att hoppa från det ena ämnet till det andra. Snabba associationer. Kreativitet.	Tankeflykt, desorganiserade och fragmenterade tankar som är svåra att följa.	Helt osammanhängande, psykotiskt desorganiserade tankar. Desorientering, medvetandegrumling, förvirring. Hallucinationer.
Energisk, projektnriktad. Ökat målinriktat och lustinriktat beteende. Tar fler kontakter och tar mer initiativ i kontakterna. Talar mer, telefonerar mer, ökat köpande, ökad sexuell aktivitet.	Ökat talflöde. Till synes mållös hyperaktivitet. Mer utfall mot andra.	Rastlöshet. Bisarr överaktivitet.

MANIER OCH DEPRESSIONER SOM VARANDRAS MOTSATSER

En mani är i många avseenden depressionens motsats. Följande tabell beskriver sådana motsatsförhållanden:

	DEPRESSION	MANI
Aktivitetsnivå	Motoriskt hämmad, oföretagsam, igångsättningssvårigheter, saknar energi, tystlåten.	Ökad psykomotorik, företagsam, överenergisk, projektinriktad, pratsam.
Kognitiv funktion	Tänker långsamt. Känner sig tom på tankar. Har svårt att växla uppmärksamhet från en fråga till en annan. Koncentrationssvårigheter p.g.a. det. Minns mest negativa händelser.	Tänker snabbt, tankeflykt, associerar snabbt. Har svårt att behålla uppmärksamheten på en fråga. Koncentrationssvårigheter p.g.a. det. Har svårt att pröva sin uppfattning gentemot iakttagelser och minnen.
Emotionellt	Svårt att bli stimulerad. Svårt att bli engagerad.	Blir lätt stimulerad. Blir till överdrift engagerad.
Kognitivt innehåll	Introvert, pessimistisk. Självkritisk. Uppfattar sig själv som otillräcklig. Granskar sin egen roll. Ringhetsidéer. Hopplöshet, meningslöshet.	Extrovert, optimistisk. Kritisk mot andra. Uppfattar andra som otillräckliga. Storhetsidéer. Oförmögen att se kritiskt på sin egen roll. Upplever sina projekt som mycket angelägna.
Relation till andra	Undfallenhet. Vill att andra ska besluta. Isolerar sig. Minskad sexuell lust.	Krävande. Moraliserande. Vill ta ledningen. Kontaktsökande. Ökad sexuell lust.
Sjukdomskänsla	Mår dåligt. Känner sig sjuk eller utbränd.	Mår mycket bra. Saknar sjukdomsinsikt.

BLANDEPISODER

Inte så sällan är perioderna vid bipolär sjukdom en blandning av depression och mani, och kallas då blandepisoder. Ungefär 30–40% av patienter med bipolär sjukdom har blandepisoder. Symtombilden beskrevs redan på 1920-talet. Men därefter har man inte ägnat detta tillstånd någon större uppmärksamhet förrän under senare år. I DSM-IV beskrivs en blandepisod på följande sätt:

1. Kriterierna för både manisk episod och egentlig depressionsepisod uppfylls samtidigt.
2. Störningen orsakar en påtaglig funktionsnedsättning eller motiverar sjukhusintagning.
3. Symtomen orsakas inte av någon drog eller invärtesmedicinsk sjukdom.

Många har kritiserat den definitionen och menat att den är alldeles för snäv. Det är bara 5–10% av manier som rymmer 5 eller fler av de 9 depressionssymtomen i DSM-IVs lista. Men om man också tar med de manier som har ett mindre antal depressionssymtom så får man närmare 50% blandepisoder.

En blandning av maniska och depressiva symtom kan utvecklas både under manier och depressioner. Under depressioner kommer bilden ofta att präglas av rastlöshet.

I en blandepisod brukar de maniska och depressiva symtomen fördela sig på ungefär följande sätt:

MANISKA DRAG	DEPRESSIONSDRAG
Labilt stämningsläge, irritabilitet	Nedstämdhet, hopplöshetskänsla
Snabbare tankeförlopp än normalt	Självordstankar
Ökad aktivitet, impulsivitet	Självordsbeteende

Till sjukdomsbilden hör oro, förtvivlan, starka sinnesörelser, rastlöshet, snabba kast i stämningsläget och psykotiska symtom. Den intensiva aktiviteten och de plågsamma känslökasterna skapar ofta en hög självmordsrisk. De psykotiska symtomen, som är relativt vanliga, bidrar ofta till att den korrekta diagnosen missas. Om man skapar sig en fyllig beskrivning av hela sjukdomsförloppet brukar det emellertid inte vara svårt att komma fram till korrekt diagnos. I Sverige har ofta begreppet "cykloid psykos" använts. De flesta beskrivningar av "cykloid psykos" överensstämmer med beskrivningen av bipolära blandepisoder.

Blandepisoder förekommer särskilt ofta i svårbehandlade former av bipolär sjukdom. Litium tycks här fungera mindre bra än vid behandling av en mer klassisk bipolär sjukdom. När blandepisoder förekommer, rekommenderas ofta behandling med antiepileptiska preparat. Långtidsförloppet präglas ofta av långdragna perioder.

DEN BIPOLÄRA SJUKDOMENS FÖRLOPP

Mellan 1 och 2% av befolkningen utvecklar maniska perioder. Ungefär lika många män som kvinnor drabbas. Nästan alla av dem får senare nya och återkommande maniska perioder och de flesta också depressioner. Sjukdomen får ett periodiskt förlopp som oftast blir livslångt. Eftersom manier och depressioner kan ses som två olika poler i sjukdomen har man kommit att använda termen bipolär sjukdom. När någon enbart drabbats av manier använder man emellertid också beteckningen bipolär sjukdom, trots att sjukdomsepisoderna här inte rör sig mellan två poler.

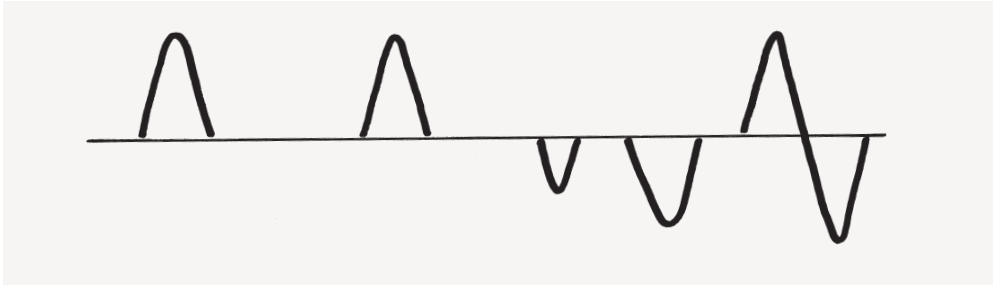
Om det funnits med en manisk period i sjukdomsförloppet talar man om bipolär sjukdom typ I. Om det förutom depressioner inte förekommit någon manisk period, men väl hypomana perioder, talar man om typ II. Tidigare var det framförallt bipolär sjukdom typ I som uppmärksammades. Typ II kom i bakgrunden och diagnosen förbisågs ofta. I dag uppfattar man typ II som den vanligaste varianten av bipolär sjukdom och som ett allvarligt tillstånd. Bipolär sjukdom är en vanligare sjukdom än man tidigare trott. Man räknar med att ungefär 5% av befolkningen drabbas.

BIPOLÄR SJUKDOM TYP I

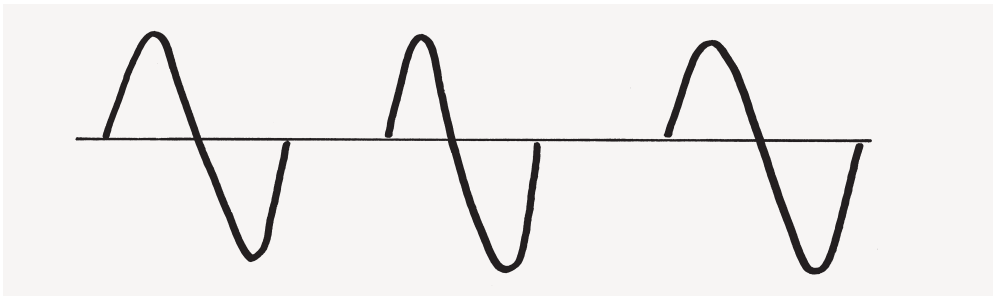
Vid bipolär sjukdom typ I sker sjukdomsdebuten oftast kring sena tonåren eller i 20-årsåldern. En manisk period utvecklas ofta tidigt i förloppet. Särskilt hos män är den första sjukdomsperioden ofta en mani. Det är inte ovanligt att den är svår med många psykotiska symtom och att tillståndet därför felaktigt uppfattats som en schizofreni.

Sjukdomen kan också börja med depressionsperioder. Ibland startar den med en utdragen mild depression, vilken ofta präglas av ökat sömnbehov, som sedan hastigt slår över i en manisk period. Det är också vanligt att flera depressionsperioder föregått den första manin. Man kan då ha trott att det rört sig om en ren depressionssjukdom, som bara kommer att rymma återkommande depressioner, och inte sett att det kunnat röra sig om en bipolär sjukdom. När den första tydliga manin blivit uppenbar får diagnosen ändras.

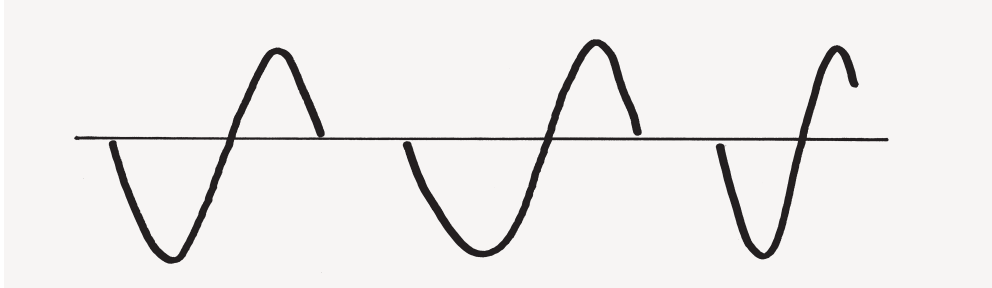
Det fortsatta förloppet varierar. Om effektiv behandling inte sätts in kan sjukdomen successivt bli allt mer svårhanterlig. Perioderna kan börja komma allt tätare och bli allt svårare. En del forskare förklarar det med att själva sjukdomsperioderna gör nervsystemet allt mer sårbart för sådant som kan få stämningläget att svänga från sin jämviktspunkt. Förloppet kan se ut på följande sätt:



Inte så sällan bildar perioderna ett mönster som är karakteristiskt för en och samma person. Hos många övergår en mani nästan alltid direkt i en depression:

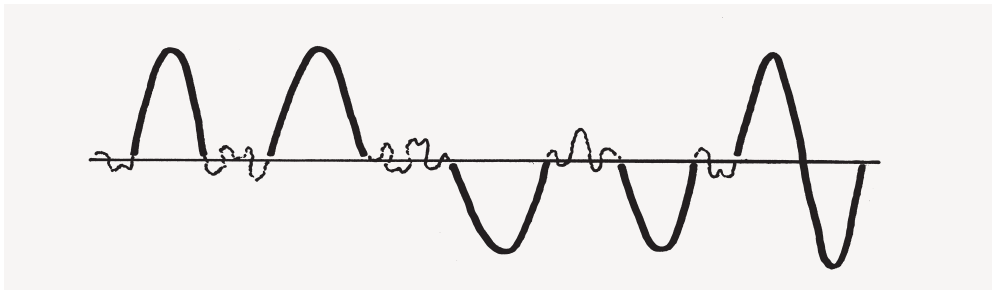


Hos andra följs en depression direkt av en mani:



Om perioderna kommer tätt – fyra eller fler perioder per år – talar man om en snabbsvängande bipolär sjukdom (*“rapid cycling”*).

Mellan perioderna återfår majoriteten en helt normal funktionsförmåga. Men ungefär en på fyra har också mellan sina perioder ett mer än normalt svängande och ostabilt stämningsläge och en klart nedsatt arbetsförmåga.



Sjukdomen som helhet är allvarlig. De maniska perioderna hotar att rasera den sociala situationen, familjesammanhållningen kan brista, vänskretsen försvinna, ekonomin raseras och arbetet gå en ur händerna. Depressionerna kan bli mycket plågsamma och långvariga. Mellan 10 och 15% tar sina liv.

Vid sen debutålder bör man utreda ordentligt om det finns någon annan bakomliggande sjukdom, t.ex. någon invärtesmedicinsk sjukdom, som giftstruma eller kortisonbehandlad astma, eller någon neurologisk sjukdom, som MS. Av personer som haft en enda manisk period kommer mer än 90% att få nya perioder om förebyggande behandling inte sätts in. Kvinnor som haft en eller flera maniska perioder löper stor risk att drabbas av en ny period tiden omedelbart efter en förlossning.

BIPOLÄR SJUKDOM TYP II

Några procent i befolkningen, betydligt fler än man tidigare trott, drabbas av återkommande depressioner varvade med hypomanier vilka aldrig utvecklas till några egentliga manier. Denna variant av bipolär sjukdom kallas typ II. Gränsen mellan bipolär sjukdom typ II och typ I (som innehåller verkliga manier) är flytande. Bland dem som fått diagnosen bipolär II har åtminstone var tionde fem år senare drabbats av en uttalad manisk period. Därmed ändras deras diagnos till bipolär sjukdom typ I. Men kvar står att många med bipolär II aldrig blir maniska.

När de söker hjälp för sina besvär är det främst för depressioner. Och i sin kontakt med sjukvården visar de som regel aldrig några mer iögonfallande maniska symtom. Därför uppfattar de flesta läkare och annan personal som har kontakt med dem inte mycket annat än de återkommande depressionerna. Patienterna brukar dessutom uppfatta sina hypomana perioder som positiva, och nämner dem därför inte. I den mån perioderna oroar anhöriga så brukar de flesta försvara dem och hävda att de är naturliga reaktioner på omständigheterna.

Allt detta bidrar till att den korrekta diagnosen ofta inte ställs. En behandlande läkare måste därför vara medveten om möjligheten att patienten kan ha en bipolär sjukdom typ II och ställa frågor om perioder som kännetecknas av ökad energi och kreativitet. Att få fram en god beskrivning av sådana perioder kan vara svårt. Det krävs ofta flera intervju tillfällen och samtal med anhöriga för att komma fram till den korrekta diagnosen.

Det är angeläget att diagnosen bipolär sjukdom typ II ställs korrekt. Bipolära depressioner skiljer sig nämligen ofta från de depressioner som inte är bipolära och behandlingen blir många gånger en annan.

Patienternas besvär av återkommande depressioner har ofta börjat tidigt under tonåren eller redan under barndomen. En sådan tidig debut är inte lika vanlig hos dem som har återkommande depressioner utan något bipolärt mönster. Bipolära depressioner har dessutom ofta atypiska drag med ökad sömn, tröstätande och en uttalad känslighet för sådant som kan vara tecken på en avvisande hållning från andra.

Många har depressioner med betydande inslag av ångest. Inte så få har ett labilt stämningsläge. De framstår som känslomänniskor, blir lätt entusiastiska och lätt nedstämda, visar ofta snabba och intensiva känslökast, och får lätt vredesutbrott.

SNABBPENDLING ("RAPID CYCLING")

När man under 1970-talet undersökte patienter vars bipolära sjukdom inte svarat på behandling med litium, fann man att anmärkningsvärt många pendlade ovanligt snabbt mellan manier och depressioner. Man definierade snabbpendling som förekomsten av minst fyra sjukdomsperioder per år. En del patienter hade mycket snabba pendlings, ibland mer än hundra perioder per år, och man talar då om "*ultra rapid cycling*".

Man har därefter undersökt om det finns andra kännetecken som skiljer snabbpendlare från patienter som har glesare sjukdomsperioder. Medan den klassiska bipolära sjukdomen är lika vanlig bland män som bland kvinnor, är 70–90% av snabbpendlarna kvinnor, och de har oftare en störd sköldkörtelfunktion.

Många antar att störningar i sömn-vakenhets-rytmen är en särskilt viktig orsak till snabbpendling och att de som drabbas ofta har en ökad känslighet för låga nivåer av sköldkörtelhormon.

Patienter som är snabbpendlare kan mycket väl svara bra på behandling med litium, men för andra fungerar antiepileptisk medicinering bättre, och inte så få behöver en kombination av preparat.

CYKLOTYMT TEMPERAMENT

Några procent av befolkningen har tätt återkommande perioder med hypomana symtom växlande med perioder med depressiva symtom, men utan att de senare är så uttalade att man kan tala om egentliga depressionsperioder.

Dessa humörsvängningar har som regel präglat individen under hela det vuxna livet. Man talar därför om cyklotymt temperament. Detta kan vara ett förstadium till bipolär sjukdom, men många som har ett cyklotymt temperament utvecklar aldrig någon sådan sjukdom.

Ett cyklotymt temperament brukar kännetecknas av följande:

1. Det börjar utvecklas i tonåren eller tidig vuxen ålder.
2. Humörsvängningarna ter sig som personlighetsdrag.
3. Perioderna är korta, oftast några dagar långa.
4. De uppträder oregelbundet med få perioder av normalt stämningsläge.
5. Skiftningarna i energinivån är påtagliga.
6. De depressiva episoderna uppfyller inte de diagnostiska kriterierna för egentlig depressionsepisod.
7. Automatiska perioder är vanliga (man vaknar på gott eller dåligt humör).
8. Irritabilitet och vredesutbrott är vanliga.
9. Perioder av självsäkerhet växlar med perioder av sviktande självförtroende.
10. Perioder av skärpt kreativt tänkande växlar med perioder av apati.
11. Perioder av minskat sömnbehov växlar med perioder av ökad sömn.
12. Arbetsintensiteten är påfallande ojämn.
13. Individen byter ofta arbete, studieinriktning, intressen och framtidsplaner.
14. Perioder av ohämmat kontaktsökande växlar med perioder av introvert självförsjunkhet.

En del personer med cyklotymt temperament präglas av irritabilitet:

1. Humörsvängningar med vredesutbrott.
2. Intensiv känslomässighet, men svårigheter att ha trevligt.
3. Tenderar att fokusera på det som är negativt.
4. Irritabilitet och rastlöshet.
5. Perioder av sömnsvårigheter.
6. Kritisk och klagande hållning.
7. Skämtsam på ett elakt sätt.
8. Påträngande på ett sätt som uppfattas som obehagligt.

CYKLOTYMI

Det cyklotyma temperamentet kan innebära påtagliga problem och också försämra den sociala funktionsförmågan. Tillståndet kallas då cyklotymi. Man räknar med att 15%–50% av dem som har en cyklotymi kommer att utveckla en bipolär sjukdom typ I eller II. Kopplingen till typ II är vanligast. Det tycks finnas en i hög grad flytande övergång mellan cyklotymt temperament och bipolär II och också en något flytande övergång mellan dessa tillstånd och bipolär sjukdom typ I.

När en person som har ett cyklotymt temperament söker hjälp för problem som uppstått till följd av instabiliteten, upptäcker man inte alltid den sviktande regleringen av stämningsläget som dessa patienter har. Det man istället tar fasta på är ofta de krisreaktioner som följer den ibland stormiga livsstilen och dragen av överkänslighet.

EN REGNBÅGE MED DESS OLIKA FÄRGER

Tre bipolära diagnoser har nämnts: bipolär sjukdom typ I, bipolär sjukdom typ II och cyklotymi. Gränserna mellan dem är inte skarpa. De kan te sig som färger i en regnbåge. Man talar därför om ett "bipolärt spektrum". En del tycker att det blir för många diagnoser om man ständigt ska särskilja olika varianter och föreslår att man använder ett samlande ord: Manodepressiv sjukdom.

Ett bipolärt spektrum kan emellertid vara än mer utsträckt. När depressioner behandlas med antidepressiva läkemedel kan enstaka patienter drabbas av att depressionen slår över i en fullt utvecklad mani. Detta bör, menar de flesta experter, inte i första hand ses som en biverkan av medicineringen, utan som att medicineringen blottlagt en bipolär sjukdom hos en person som hittills bara drabbats depressionsperioder. Vanligare är att patienter, som tidigare bara haft depressioner, utvecklar hypomanier genom behandling med antidepressiv medicinering. Också här talar uppföljningsstudier för att grundorsaken är att det är bipolära sjukdomstillstånd som behandlats.

Men hypomanier utvecklas inte så sällan också vid behandling av tillstånd som social fobi och paniksyndrom. Också här, menar många, bör man betrakta tillstånden som ingående i ett bipolärt spektrum. När en hypomani utvecklas under behandling rubriceras tillståndet ibland som bipolär III.

Många personer som har en bipolär sjukdom typ I har nära släktingar som har samma sjukdomsbild, men också ofta nära släktingar som enbart har depressionsperioder. Dessa senare tillstånd bör, även om de hittills enbart visat sig med depressionsperioder, uppfattas som misstänkt bipolära.

Återkommande depressioner som svarat bra på behandling med litium bör också ses, menar många, som bipolära. Detsamma gäller de återkommande depressioner där symtomen utvecklats påfallande snabbt och som också förbättras påfallande snabbt.

Vidare kan många personer som har ett påfallande cyklotymt temperament ha fått psykiatriska diagnoser som olika ångestsyndrom, bulimi och borderline personlighetsstörning. Också här bör man tänka sig att det kan röra sig om varianter i ett bipolärt spektrum.

Slutligen bör man observera ett personlighetsdrag som brukar kallas hypertymt temperament. Det präglas av ett mestadels högt stämningsläge. Dessa personer är påfallande energiska, har påfallande höga tankar om sig själva, är livliga, aktiva, utåtriktade, risktagande och söker ständigt nya utmaningar. Hypertymt temperament har beskrivits på följande sätt:

1. glad, överoptimistisk, översvallande
2. varm, utåtriktad, kontaktsökande
3. pratsam och skämtsam
4. självsäker, skrytsam, grandios
5. litet sömnbehov ("*short sleeper*")
6. energisk, full av planer
7. engagerad, blandar sig i andras angelägenheter
8. ohämmad, stimulisökande, promiskuös.

Till skillnad från personer med cyklotymi har dessa personer ett ganska stabilt stämningsläge. De tycks vara ständigt hypomana. Många av dem blir framgångsrika ledargestalter och många blir berömda. Ofta har de inte ett helt stabilt stämningsläge och drabbas av återkommande depressioner. Dessa personer har ofta nära släktingar med bipolära sjukdomar. Återkommande depressioner hos personer med hypertymt temperament kan därför antas tillhöra de tillstånd som bör ingå i ett bipolärt spektrum.

Med detta sätt att se är bipolär sjukdom typ I bara en av många tänkbara närbesläktade sjukdomar som ingår i vad man kallar ett bipolärt spektrum. Bipolär sjukdom typ I är säkerligen inte den vanligaste varianten och det bipolära spektrumet drabbar en betydligt större andel av befolkningen än man tidigare trott.

ALKOHOL- OCH DROGMISBRUK

Den som blivit manisk kan uppfattas som berusad eller påtänd. Det finns uppenbara likheter mellan många berusningstillstånd och maniska symtom, t.ex. ökad pratsamhet, osammanhängande tal, minskade sociala spärrar, högljuddhet och aggressivitet. Det är också välbekant att missbruksperioder ofta följs av nedstämdhet. Mot den bakgrunden är det inte överraskande att missbruk kan utlösa en bipolär sjukdom hos den som har en sårbarhet för det. Missbruk kan också förvärra det bipolära förloppet och öka pendlingarna i stämningsläget.

Bipolär sjukdom kan å andra sidan driva fram ett drogsökande beteende och missbruk. Den stormiga livssituationen, sökandet efter kontakter, spänning och stimulans under hypomana och maniska perioder gör att krogbesök och drickande blir vanligt. Alkoholens stimulerande effekt blir då också mer påtaglig än vanligt. Alkoholism förekommer hos patienter med bipolär sjukdom i ungefär 30% av fallen, framförallt hos män. Missbruket förvärrar sjukdomsförloppet och försvårar möjligheterna att få till stånd en effektiv behandling av den bipolära sjukdomen. Alkoholproblemen maskerar dessutom ofta den bipolära sjukdomens symtom och gör att diagnosen ställs alltför sent.

ORSAKER

Om vårt stämningsläge, vårt engagemang och vår energi inte kunde variera, skulle vi inte kunna justera vårt beteende till tillvarons skiftningar. Vi skulle inte kunna varva ned för att sova på nätterna, inte kunna stanna upp för att tänka efter, inte kunna öka vårt engagemang och intresse för något och inte kunna komma igång efter vila. Vi skulle inte kunna anpassa oss till dygnets rytm eller till växlingarna i omgivningens krav och möjligheter. De normala skiftningarna i vårt stämningsläge innebär att vår energi, lust, optimism och självkritik ständigt regleras på ett i stort sett ändamålsenligt sätt. Vid de bipolära tillstånden är den regleringen mindre balanserad och finstämd. Pendlingarna nedåt riskerar att utvecklas till långdragna depressioner och pendlingarna uppåt till det övermått på energi och den verksamhetslust som präglar en mani. För dem som inte utvecklar manier eller depressioner kan bristen på emotionell stabilitet ändå vara problematisk på grund av svårkontrollerade affekter.

Det kan finnas många orsaker till att de emotionella regleringsmekanismerna sviktar. Neurologiska sjukdomar som MS kan leda till manodepressiva perioder i stämningsläget. Men oftast finns inte några sådana neurologiska orsaker vid bipolär sjukdom. Det har ändå funnits goda skäl att söka efter störningar i hjärnans funktion. Med de nya teknikerna att avbilda aktiviteten i hjärnan har man börjat göra intressanta fynd. Framförallt har man riktat uppmärksamheten mot förändringar i de områden i hjärnbarken som ligger i områdena kring pannan och över ögonhålorna och i olika djupare liggande områden i hjärnan som också är av vikt för emotionella reaktioner. Man har också intresserat sig för den rollfördelning som finns mellan höger och vänster hjärnhalva.

Man har försökt studera vad som händer i nervcellerna. På deras yta finns mängder av specifika äggvittemolekyler (receptorer) som fångar upp signalämnen som utsöndras från andra nervceller. Dessa receptorer är inne i cellen länkade till andra äggvittemolekyler, s.k. G-protein. De styr ett invecklat system av kemiska budbärare som verkar inne i cellerna. I den aktiviteten avläses vissa gener, olika komplexa äggvittemolekyler tillverkas och cellen byggs om för att anpassa sig till en ny situation.

Detta system av G-proteiner och budbärare inne i nervcellerna kan vara bristfälligt fungerande vid bipolär sjukdom. Resultatet skulle vara att cellerna inte kan anpassa sig till förändringar på ett väl avvägt sätt. Och det i sin tur skulle medföra att balanserandet av stämningslägets skiftningar inte fungerar ändamålsenligt.

I diskussioner om orsaksmekanismer kan man skilja på frågan om varför vissa regleringsmekanismer i hjärnan blivit sårbara och frågan om vad som kan sätta igång pendländet. Livshändelser kan uppenbarligen utlösa de första pendlarna i en manodepressiv sjukdom. Och ärftligheten tycks vara den enskilt viktigaste orsaken till den sårbarhet som funnits redan dessförinnan.

ÄRFTLIGHETENS ROLL

Att bipolär sjukdom ofta går i familjer var känt redan under antiken. I vissa släkter är den familjära anhopningen av sjukdomen mycket iögonfallande. I andra är det inte lika tydligt och många patienter känner inte till någon i slakten som också haft bipolär sjukdom.

Om man ser att en viss sjukdom går i familjer kan man inte utgå från att det beror på en genetisk ärftlighet. Man kan ju också tänka sig att orsaken står att finna i gemensamma miljöförhållanden, att det rör sig om ett socialt arv. Men för bipolär sjukdom har både tvillingstudier och adoptionsstudier visat att det är genetiken som är avgörande.

Många som har en bipolär sjukdom, och vet att sjukdomen är ärftlig, frågar hur stor risken är att något av deras barn också ska få sjukdomen. Frågan är svårare att besvara än många tror. Det finns familjer där påfallande många har sjukdomen. Det kan vara någon av syskonen, en av föräldrarna, några av föräldrarnas syskon o.s.v. I en sådan familj är risken för att något av barnen ska drabbas rimligen större än om man inte kan finna någon i slakten som haft sjukdomstecken, inte ens lindriga sådana.

I en familjestudie räknade man med att risken för att en person med bipolär sjukdom skulle få ett barn som också drabbades var 10%, och att det var ytterligare 15% risk för att barnet skulle drabbas av enbart depressioner. Men sådana risksiffror beskriver bara ett genomsnitt i en viss studie, inte risken för en enskild person. De genetiska orsakerna bakom bipolär sjukdom är mycket komplexa.

Den forskning som bedrivits och bedrivs på flera håll i världen tyder på att det är flera kromosomer och flera gener som är inblandade. Ärftligheten handlar säkerligen inte om en viss gen utan om en kombination av flera gener. Ett mål för forskningen är att försöka identifiera dem och få reda på vad de gör. Gener är ett slags ritningar för tillverkning av proteiner. Vilka proteiner är det som är inblandade och vad gör de?

Det ständiga signalflödet i hjärnan leder bl.a. till att olika gener i nervcellernas kärnor blir avlästa. Med den informationen kan bestämda proteiner produceras i cellerna. Och med många av dessa proteiner förändras ständigt vår hjärna. På vad sätt påverkar olikheter i den genetiska koden de sköra regleringsmekanismer som hela tiden justeras i hjärnan? På vad sätt slår denna kedja av processer över i utvecklingen av en bipolär sjukdom? Om man kan lära sig att förstå detta bättre, kan det bidra till bättre behandlingsmetoder.

Genernas funktion är här uppenbarligen en balansgång mellan positiva och negativa effekter. Gener som är indragna i utvecklingen av bipolär sjukdom skulle knappast ha överlevt under den mänskliga evolutionen om de inte också haft positiva sidor. I släkter där bipolär sjukdom är vanligt förekommande finns inte bara sjukdomen, utan ofta också personer med enastående kreativitet. Bipolär sjukdom är vanligare bland kreativa personer än i befolkningen i stort.

Gener orsakar inte beteenden, tankar eller känslor. Gener styr produktionen av proteiner och en del av dessa proteiner är avgörande för hjärnans utveckling och funktion. Samtidigt är det i sin miljö som individen utformar sitt beteende och upplever sin omvärld. Intrycken från omvärlden aktiverar avläsningen av generna. Det sker ett komplicerat samspel mellan gener och miljö. Svårigheten att se en så sammansatt situation leder lätt till en ofruktbar och vilseledande diskussion om arv eller miljö.

STRESSFYLLDA HÄNDELSER

Negativa händelser som förluster och motgångar och positiva händelser som förälskelser och framgångar påverkar alla, och alla kan känna sorg och glädje, olust och lust. Hur kraftigt vi påverkas beror på vad som hänt och på hur sårbara eller lättpåverkade vi är. Att vi påverkas är ett faktum. Den som är deprimerad reagerar mer känsligt än vanligt på negativa händelser, men har svårt att ta till sig glädjeämnen. Den som är manisk bekymrar sig inte för vad som talar emot alla projekt, men stimuleras av allt som kan tolkas som positivt.

Händelser som berör kan dessutom utlösa både depressioner och manier hos den som har en sårbarhet för det. Sådana utlösande händelser bryter de dagliga rutinerna och den dagliga rytmen.

SJUKDOMSPERIODERNA ÖKAR SÅRBARHETEN

Den som har en genetiskt betingad sårbarhet för att utveckla en bipolär sjukdom tycks kunna bli än mer sårbar genom de upprepade påfrestningar som han eller hon utsätts för. Detta brukar kallas för "kindlingeffekten". Ordet "*kindling*" skulle kunna översättas med "sätta fyr på" eller "tända på". Om man försöker tända en brasa måste man oftast använda flera tändstickor. Först är det bara några få och små lågor som flammar upp, för att sedan snabbt dö ut. Men efter några försök tar sig elden bättre och till slut slår det upp ordentliga lågor och elden är tänd.

Samma fenomen ser man vid olika djurförsök. Upprepade svaga retningar ger successivt allt starkare reaktioner. Ganska beskedliga elektriska stimulationer av hjärnan kan, när de upprepas, till slut leda till epileptiska anfall. Man får en "kindlingeffekt".

När det gäller bipolär sjukdom tänker man sig att insjuknandet föregåtts av en period på flera år då upprepade stressituationer successivt ökat hjärnans sårbarhet. Förändringen kan först visa sig som en ökad känslomässig instabilitet. Och efter ytterligare en tid utvecklas den första tydliga sjukdomsperioden.

I många fall är det uppenbart att den första sjukdomsperioden har föregåtts av påfrestande händelser. Också därpå följande sjukdomsperioder kan föregås av händelser som tycks sätta igång perioderna. Men hjärnans känslighet kan därefter öka så att det sedan räcker med obetydliga och helt vardagliga händelser för att utlösa nya perioder, som nu alltså tycks komma helt automatiskt.

En sjukdomsperiod är i sig en kraftig påfrestning och ökar ytterligare hjärnans känslighet. Hjärnans stresshantering blir allt mindre välavvägd. Varje sjukdomsperiod tycks bädda för nya perioder.

För att förebygga nya perioder behövs i första hand behandling med stabiliserande läkemedel. Det räcker inte med enbart psykologiska behandlingsmetoder. Läkemedelsbehandlingen är emellertid också ofta otillräcklig som enda behandlingsmetod. Därtill behöver man lära sig olika tekniker för att bemästra situationer som kan bidra till eller förvärra nya perioder. Ett första steg är att lära sig mycket om sjukdomen, dess mångskiftande yttringar, och att lära sig känna igen också svaga och mindre uppenbara symtom i början på en ny period.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 SOLNA, tel. 08-638 93 00, www.glaxosmithkline.se, info.produkt@gsk.com