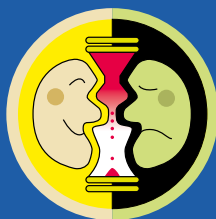


Behandling av bipolar lidelse

En veileder for pasienter og pårørende



Fritt oversatt og redigert etter "Treatment of Bipolar Disorders" av Kahn, Ross, Printz, Sachs, 2000 ved overlege Inger Kragh Nyhus, Akutt- og Korttidsavsnittet, Sykehuset Innlandet Reinsvoll 2008.



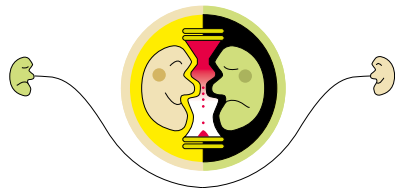
HELSE OG REHABILITERING

Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner

Innhold

Hva er bipolar lidelse?	5
Hvordan stilles diagnosen?	5
Hvilke symptomer opptrer ved bipolar lidelse?	5
Hvilke forskjellige sykdomsmønstre finnes ved bipolar lidelse?	7
Er det andre psykiske lidelser som kan forveksles med eller opptre samtidig med bipolar lidelse?	9
Når begynner bipolar lidelse?	9
Hvorfor er det viktig å stille diagnosen og behandle bipolar lidelse så tidlig som mulig?	9
Hva er årsaken til bipolar lidelse?	10
Er bipolar lidelse arvelig?	11
Hvordan behandles bipolar lidelse?	11
Typer medikasjon	11
Hva er stemningsstabiliserende medikamenter?	12
Hva er antidepressiva?	14
Hva er antipsykotisk medikasjon?	15
Akutfase behandling	16
Hvor fort virker stemningsstabiliserende medikamenter?	16
Valg av antidepressivum ved akutt depresjon	17
Tiltak for å minske bivirkninger	17
Elektrokonvulsiv terapi (ECT)	18
Innleggelse i sykehus	18
Forebyggende behandling	19
Pasientopplæring: Hvordan lever man best med bipolar lidelse?	20
Er det noe jeg kan gjøre for å bidra til behandlingen?	20
Hva gjør man hvis lysten til å slutte med medikamenter melder seg?	22
Hvor ofte bør man ha time hos legen?	22
Hvordan kan jeg selv følge utviklingen i min egen tilstand?	23
Hva kan familie og venner gjøre for å hjelpe?	23
Psykoterapi	24
Typer av psykoterapi	25
Hvordan får man mest mulig ut av en terapi?	25
Nyttige internettsadresser	26
Bøker om bipolar lidelse	26

Bipolar lidelse



Behandling av bipolar lidelse
En veileder for pasienter og pårørende
Fritt oversatt og redigert etter "Treatment of Bipolar Disorders" av Kahn, Ross, Printz, Sachs, 2000 ved overlege Inger Kragh Nyhus, Akutt- og Korttidsavsnittet, Sykehuset Innlandet Reinsvoll 2007

Hva er bipolar lidelse?

Som mennesker erfarer vi alle et spekter av sinnsstemninger – glede, tristhet, sinne for å nevne noen. Ubehagelige følelser og endring i sinnsstemning er normale reaksjoner i hverdagslivet. Vi vil ofte kunne identifisere hvilke hendelser som førte til en endring i stemning. Hvis vi opplever endringer i sinnsstemning som ikke står i forhold til livshendelser eller kommer helt uten grunn, kan det være en stemningslidelse. På samme måte kan voldsomme sinnsstemninger som gjør det vanskelig å fungere, være tegn på at det foreligger en stemningslidelse.

Stemningslidelser er biologiske lidelser som berører vår evne til å oppleve vanlige sinnsstemninger. Det er 2 grupper stemningslidelser: (*unipolar*) *depressiv lidelse*, hvor all forandring av sinnsstemning gjelder nedtrykthet – stemningsleiet er senket, og *bipolar lidelse*, hvor noen av endringene i sinnsstemning handler om oppstemthet – stemningsleiet er hevet. Alle stemningslidelser er forårsaket av endringer i hjernen. De er ikke et resultat av svak eller ustabil personlighet. Den syke er ikke skyld i sin lidelse. I stedet er stemningslidelser sykdommer som lar seg behandle. Det finnes spesifikke medikamenter som kan hjelpe de fleste pasienter. I tillegg vil kunnskap om utløsende faktorer og øvelse i mestringsstrategier kunne forebygge nye sykdomsepisoder.

Hvordan stilles diagnosen?

Selv om bipolar lidelse helt klart er biologisk fundert, finnes det ingen laboratorieprøver eller andre undersøkelser en lege kan utføre for å fastslå diagnosen. I stedet stilles diagnosen når en gruppe symptomer opptrer sammen. Legen må sammen med pasienten kartlegge nøyaktig hvilke symptomer pasienten har nå, og har hatt tidligere.

Hvilke symptomer opptrer ved bipolar lidelse?

Bipolar lidelse er en sykdom hvor sinnsstemningen varierer syklisk over tid. I sykdomsforløpet erfarer pasienten perioder med hevet stemningsleie, perioder med senket stemningsleie og perioder med normalt stemningsleie. Det er 4 typer stemningsepisoder som opptrer i bipolar lidelse:

Mani (manisk episode)

Mani begynner ofte med en behagelig følelse av økt energi, økt kreativitet og økt utadvendthet. Imidlertid går dette over i eufori (ekstremt forhøyet stemningsleie), eller svær irritabilitet. Personer i manisk fase vil typisk mangle innsikt, vil benekte at noe er galt, vil sint bebreide enhver som påpeker problemer. I en manisk episode vil følgende symptomer være tilstede minst én uke i en slik grad at det er svært vanskelig for personen å fungere:

- Følelse av oppstemthet, eufori eller irritabilitet

Pluss minst 4 av følgende symptomer:

- Behov for lite søvn, samtidig full av energi
- Rask tale i en slik grad at andre ikke forstår
- Tankene raser av gårde
- Lett distraherbar, oppmerksomheten skifter mellom mange ting over få minutter
- Følelse av økt makt, innflytelse, storhet
- Gjør potensielt farlige handlinger uten tanke på konsekvensene (eks. bruker for mye penger, upassende seksuell atferd, tåpelige investeringer)

I alvorlige tilfeller kan personen også oppleve psykotiske symptomer som hallusinasjoner (hører/ser ting som ikke er der), eller vrangforestillinger (fast overbevisning om ting som ikke er sanne).

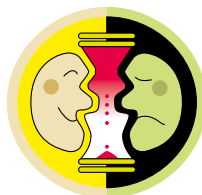
Hypomani (hypoman episode)

Hypomani er en mild form for mani. Symptomene ligner, men er mindre alvorlige og skaper mindre problemer.

Ved en hypoman episode kan en person ha hevet stemningsleie, føle seg bedre fungerende enn vanlig og være mer produktiv. Disse episodene oppleves ofte som gode, og et ønske om hypomane episoder kan til og med få pasienter med bipolar lidelse til å slutte med medisiner. Uansett kan hypomanien sjelden opprettholdes. Den etterfølges ofte av en eskalering til mani, eller overgang til depresjon.

Depresjon (alvorlig depressiv episode)

Ved en alvorlig depressiv episode vil følgende symptomer være



tilstede i minst 2 uker i en slik grad at det er vanskelig for en person å fungere:

- Følelse av nedstemthet eller følelse av manglende interesse for ting som vanligvis interesserer/manglende glede.

Pluss minst 4 av følgende symptomer:

- Søvnvansker eller for mye søvn
- Nedsatt appetitt eller overspising
- Problemer med konsentrasjon eller problemer med å ta beslutninger
- Beveger seg langsommere enn vanlig, eller er urolig/opphisset slik at det er vanskelig å sitte stille
- Følelse av verdiløshet, skyld eller lav selvfølelse
- Tanker om selvmord eller død

Alvorlig depresjon kan også omfatte hallusinasjoner eller vrangforestillinger.

Blandet episode

De episodene som er mest forstyrrende er kanskje de som omfatter symptomer på både mani og depresjon på samme tid, eller er vekslende gjennom dagen. Individet er oppstemt eller opphisset som ved mani, men føler seg også irritert og deprimert. Kombinasjonen av høy energi og depresjon gjør at blandet episode er forbundet med høy risiko for selvmord.

Hvilke forskjellige sykdomsmønstre finnes ved bipolar lidelse?

Det er stor variasjon med hensyn til hvilken type episode personer med bipolar lidelse vanligvis har, og hvor ofte de blir syke. Noen har samme antall maniske og depressive episoder, andre har stort sett den samme type episode hver gang. Gjennomsnittspersonen med bipolar lidelse har 4 sykdomsepisoder i løpet av de første 10 årene etter at sykdommen har debutert. Menn starter oftest med manisk episode, kvinner med depresjon. En del år kan gå mellom de første 2 eller 3 episoder, men uten behandling vil de fleste etter

hvert få hyppigere sykdomsepisoder. Noen ganger følger de et årstidsmønster (eksempelvis hypomani om sommeren og depresjon om vinteren). Et lite antall svinger hyppig eller kontinuerlig i løpet av året (kalt rapid cycling bipolar lidelse).

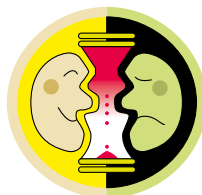
Episoder kan vare dager, måneder, noen ganger år. I gjennomsnitt vil ubehandlede hypomanier eller manier vare et par måneder, mens depresjoner ofte varer godt over 6 måneder. Noen blir helt friske mellom sykdomsepisodene og kan ha år uten noen symptomer, mens andre har lavgradige, slitsomme depresjonssymptomer eller milde svingninger opp og ned kontinuerlig.

For å beskrive de forskjellige mønstre brukes følgende betegnelser:

Ved **bipolar I lidelse** har en maniske eller blandede episoder og nesten alltid depresjoner i tillegg. Hvis noen blir syke for første gang med manisk episode, regnes det som bipolar lidelse selv om depresjon ennå ikke har forekommet. Det er overveiende sannsynlig at fremtidige episoder vil inkludere depresjoner og maniske episoder dersom ikke effektiv behandling gis.

Ved **bipolar II lidelse** har en kun hypomane og depressive episoder, ikke maniske eller blandede episoder. Denne lidelsen er ofte vanskelig å gjenkjenne fordi den hypomane episoden kan oppleves normal hvis personen det gjelder er svært produktiv og unngår problemer. Personer med bipolar II lidelse overser hyppig de hypomane episodene og søker behandling kun for depresjonene. Uheldigvis kan bruk av vanlig antidepressiva fremfor stemningsstabiliserende medikasjon utløse hypomani eller hyppigere svingninger.

Ved **rapid cycling bipolar lidelse** har en minst 4 sykdomsepisoder pr. år i ulike kombinasjoner av depresjon, hypomani, mani og blandet episode. Dette mønsteret sees hos mellom 5-15% av pasienter med bipolar lidelse. Det kan ha sammenheng med bruk av antidepressiva uten stemningsstabiliserende medikasjon, hvilket kan framskynde hyppigere svingninger. Av årsaker som ikke er kjente, er rapid cycling mer utbredt blant kvinner.



Er det andre psykiske lidelser som kan forveksles med, eller opptre samtidig med bipolar lidelse?

Bipolar lidelse kan forveksles med andre sykdommer inkludert en rekke angstlidelser og psykotiske lidelser (schizofreni, schizoaffektiv lidelse). Dette fordi angst og psykotiske symptomer ofte opptrer i forløpet av bipolar lidelse. Personer med bipolar lidelse har også ofte andre psykiske lidelser som opptrer samtidig med (komorbid med) den bipolare sykdommen. De hyppigste er: rusmisbruk, tvangslidelser og panikk lidelse. Hvis du er i tvil om din diagnose er korrekt, så be din lege forklare for deg hvordan han kom fram til diagnosen bipolar lidelse.

Når begynner bipolar lidelse?

Bipolar lidelse begynner i løpet av tenårene, eller tidlig voksen alder. Noen ganger kan debuttidspunktet være i barneårene eller så sent som i 40- eller 50-årene. Hvis noen får sin første maniske episode etter fylte 50 år, er årsaken som oftest en sykdom som ligner bipolar lidelse, slik som en neurologisk lidelse, bivirkninger av medikamenter, virkningen av rusmidler eller alkohol.

Hvorfor er det viktig å stille diagnosen og behandle bipolar lidelse så tidlig som mulig?

Pasienter med bipolar lidelse går i gjennomsnitt til 3-4 forskjellige leger og bruker over 8 år før de får korrekt diagnose. Tidligere diagnose og korrekt behandling kan bidra til at pasientene unngår følgende:

- **Selv mord**
Risikoen er høyest i de første årene av sykdommen. I løpet av sykdomsforløpet vil nesten 1 av 5 med bipolar lidelse dø ved selvmord, noe som gjør denne lidelsen til en av de mest dødelige av de psykiatriske lidelser.
- **Alkohol/stoffmisbruk**
Mer enn 50 % av pasienter med bipolar lidelse misbruker alkohol eller stoff i løpet av sykdomsperioder. Noen vil bruke alkohol eller stoff som "selvmedisinering" av sine symptomer, men denne kombinasjonen medfører forverring av sykdommen.

- **Ekteskapsproblemer/jobbrelevante problemer**

Rask behandling forbedrer sjansene for stabilitet i ekteskap og jobb.

- **Problemer med å få til vellykket behandling**

Hos noen synes sykdomsepisodene å komme hyppigere og bli vanskeligere å behandle over tid. Dette fenomenet kalles "kindling".

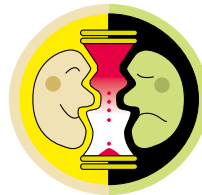
- **Feilbehandling/del-behandling**

Hvis bipolar lidelse mistolkes som unipolar depresjon, vil behandling med antidepressiva eventuelt kunne utløse maniske episoder.

Hva er årsaken til bipolar lidelse?

Det finnes ingen enkeltfaktor som forårsaker bipolar lidelse. Forskning tyder på at lidelsen har sitt utgangspunkt i at noen nerveceller fungerer unormalt/kommuniserer unormalt. Selv om vi ikke har klarhet i den presise biokjemiske mekanisme bak bipolar lidelse, er det klart at den medvirker til en økt sårbarhet for fysisk og psykisk stress. Som resultat av dette, kan vanskelige livshendelser, rusmisbruk, søvnmangel eller andre belastninger utløse sykdomsepisoder – selv om disse hendelser ikke forårsaker sykdommen.

Denne teorien om en medfødt sårbarhet som sammen med en utløsende hendelse medfører sykdom, er tilsvarende det man antar er bakgrunnen for andre medisinske tilstander. Ved for eksempel hjertesykdom, kan en person arve tendensen til høyt kolesterol eller høyt blodtrykk. Ved stress, som fysisk aktivitet eller sterke følelsesmessige opplevelser kan personen plutselig få brystmerter, angina. Her må man behandle ved å senke kolesterolet og blodtrykket (behandle den underliggende lidelsen) og endre livsstil (for eksempel trening, diett, redusere stress som kan utløse nye episoder). På samme måte behandler vi bipolar lidelse: vi bruker stemningsstabiliserende medikasjon for å behandle den underliggende biologiske sårbarhet samtidig som vi anbefaler livsstilsendringer (f.eks. senke stress, gode søvnrutiner, unngå rus osv.) for å hindre tilbakefall.



Er bipolar lidelse arvelig?

Bipolar lidelse opptrer hyppigere i noen familier. Forskere har identifisert flere gener som kan være forbundet med lidelsen. Som ved andre sykdommer hvor arv spiller en rolle, vil bipolar lidelse kun opptre hos en viss del av de som genetisk sett har økt risiko for sykdommen. Et eksempel er at en ektefelle har bipolar lidelse, ektefellen er frisk. Risikoen for at barna skal få bipolar lidelse vil være 1 til 7. Risikoen vil øke dersom det er flere slektninger med bipolar lidelse.

Hvordan behandles bipolar lidelse?

Faser

Akutt fase: Behandling rettes mot å avslutte den aktuelle maniske, hypomane, depressive eller blandede fasen

Forebyggende behandling/vedlikeholdsfasen: Behandling føres videre over lengre tid for å forhindre fremtidige sykdomsepisoder.

Behandlingskomponenter

Medikamenter er nødvendig for de aller fleste pasienter i akutt fase og for å forebygge nye episoder.

Undervisning er viktig for å lære pasienter og pårørende hvordan de best kan leve med/forholde seg til bipolar lidelse.

Psykoterapi kan hjelpe pasienter og pårørende til å forholde seg konstruktivt til tankemønstre, følelser og adferd som følger bipolar lidelse.

Typer medikasjon

De 3 viktigste medikamentgruppene som brukes til å minske symptomene ved bipolar lidelse er: *stemningsstabiliserende medikamenter*, *antidepressiva* og *antipsykotika*. Legen kan også forskrive andre medikamenter for å avhjelpe søvnløshet, angst og uro. Alle disse medikamentene påvirker kjemiske stoffer i hjernen som kalles neurotransmittorer, stoffer som er viktige for nervecellenes fungering.

Hva er stemningsstabiliserende medikamenter?

Stemningsstabilisatorer har 2 grunnleggende egenskaper:

- 1) De medfører bedring av akutte episoder med mani og depresjon eller forebygger nye episoder, og
- 2) de medfører ikke forverring av depresjon eller mani og fører ikke til økt hyppighet av disse.

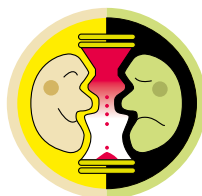
Litium, valproat og karbamazepin har disse egenskapene. Litium og valproat er de stoffene som er mest brukt. Valproat og karbamazepin var opprinnelig utviklet som antiepilepsimedikasjon. Forskning tyder på at flere antiepileptika og flere nye antipsykotika kan være stemningsstabiliserende. Elektrokonvulsiv terapi (ECT), som skal omtales senere, er også å regne som en stemningsstabiliserende behandlingsform.

Litium (Lithionit®)

Den første kjente stemningsstabilisator er et grunnstoff, ikke et kjemisk fremstilt stoff. I løpet av 50-tallet fant man ut at litium hadde stemningsregulerende effekt og det har vært brukt i ca. 50 år. Litium er mest effektivt ved mani – uten tillegg av blandingssymptomer/depressive symptomer. Det har også effekt ved depresjon, især når det gis i tillegg til annen medikamentell behandling. Ved blandingsfaser eller rapid cycling bipolar lidelse er litium mindre effektivt. Måling av litium i blodet er nødvendig for å minske bivirkninger og for å sikre at pasienten får en dosering som gir best mulig effekt. Vanlige bivirkninger av litium er vektøkning, skjelving, kvalme, diaré og hyppig vannlating. Litium kan påvirke skjoldbruskkjertelen og nyrene. Jevnlige blodprøver er påkrevd for å påvise eventuelle endringer i stoffskiftet eller nyrefunksjonen.

Valproat (Orfiril®)

Valproat har vært brukt i flere tiår for å hindre krampeanfall. Det er også forsket mye på valproats effekt på bipolar lidelse. Valproat er like effektivt ved mani som ved blandingsepisoder. Det har også effekt ved rapid cycling bipolar lidelse og hos personer som har tilleggsproblematikk i form av rusmisbruk og angstlidelse. Ved akutt mani kan valproat gis i ganske høye startdoser. Dette kan gi raskere bedring sammenlignet med andre stemningsstabilisatorer. Vanlige bivirkninger av valproat er tretthet, vektøkning, skjelving



og mageproblemer. Måling av valproat i blodet og dosejustering i forhold til dette kan minske bivirkninger. Valproat kan medføre en mild leverirritasjon og kan påvirke produksjonen av blodplater. Det medfører sjeldent alvorlige problemer. Jevnlig kontroll av blodplater og leverfunksjonsprøver er derfor ønskelig. Hos kvinner er enkelte tilfeller av cystiske eggstokker rapportert (**Polycystiske ovarier**).

Andre antiepileptika som brukes som stemningsstabiliserende medikasjon:

Lamotrigin (Lamictal®)

Lamotrigin er et relativt nytt preparat. Ny forskning tyder på at dette preparatet kan virke stemningsstabiliserende spesielt når det gjelder den depressive fasen av bipolar lidelse. En alvorlig bivirkning er at 3 av 1000 individer som bruker lamotrigin vil utvikle et alvorlig utslett. Faren for dette minskes ved langsom opptrapping av dosen. Bortsett fra utslett har lamotrigin få bivirkninger, men det kan gi svimmelhet, hodepine og synsforstyrrelser.

Karbamazepin (Tegretol®)

Det er mindre forskning å vise til når det gjelder karbamazepins stemningsstabiliserende effekt, men profilen ligner valproats. Medikamentet har vært i bruk i mange år, og det er effektivt både i maniske faser og ved blandede episoder. Karbamazepin har tretthet og mage/tarmplager som hyppig forekommende bivirkninger. Benmargshemning og leverirritasjon er en sjeldent forekommende bivirkning. Som ved valproatbehandling vil jevnlig kontroll av blodverdier og leverfunksjonsverdier være ønskelig. Karbamazepin vil kunne påvirke nivået av andre legemidler gitt samtidig. Hvis en pasient skal bruke karbamazepin sammen med andre medikamenter, vil det da ofte være nødvendig å følge nøye med på serumnivået ved å ta jevnlig blodprøver.

Topiramamat (Topimax®)

Foreløpige data tydet på at dette antiepileptikumet kunne være effektivt i behandlingen av mani. Nyere forskningsresultater har ikke kunnet påvise dette. Bivirkningene fra medikamentet omfatter tretthet, svimmelhet, langsom tankevirksomhet og hukommelsesproblemer. Videre vektnedgang. *Preparatet kan ikke gis til pasienter som har hatt nyrestein.*

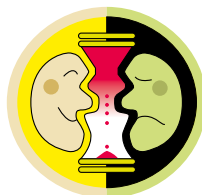
Hva er antidepressiva?

Antidepressiva er medikamenter rettet mot symptomene i en depresjon. Ved depressiv fase som del av bipolar lidelse må man vurdere om antidepressiva skal gis sammen med en stemningsstabilisator. Dette fordi et antidepressivum gitt alene kan føre til at depresjonen avløses av en hypoman, manisk eller blandet episode. Mange ulike antidepressiva er tilgjengelige. Disse har ulik virkningsmekanisme og ulik profil når det gjelder bivirkninger. Det meste av forskning omkring antidepressiva er gjort med pasienter med utelukkende unipolar depresjon – dvs. pasienter som aldri har hatt hypomane/maniske faser. For pasienter med unipolar depresjon vil effekten av de ulike gruppene av antidepressiva være omtrent jevngradig. Det er utført lite forskning på bipolar lidelse og effekt av antidepressiva, men ekspertuttalelser støtter følgende rekkefølge i behandlingsforsøk:

- **Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI):** for eksempel citalopram (Cipramil®), escitalopram (Cipralex®), fluoxetin (Fontex®), paroxetin (Seroxat®), sertralin (Zoloft®)
- **Serotonin og noradrenalin reopptakshemmere (SNRI):** venlafaxin (Efexor®) og duloksetin (Cymbalta®)

Ved manglende effekt forsøkes alene eller i kombinasjon:

- **Reseptorblokkere:** mianserin (Tolvon®), mirtazapin (Remeron®)
- **Selektiv noradrenalinreopptakshemmer:** reboxetin (Edronax®)
- **Tricykliske antidepressiva:** klomipramin (Anafranil®), amitriptylin (Sarotex®), nortriptylin (Noritren®), doksepin (Sinequan®), trimipramin (Surmontil®)
- **Noradrenalin- og dopaminreopptakshemmer:** buprionhydroklorid (Welbutrin®)
- **Monoaminoxidasehemmere:** moklobemid (Aurorix®), fenelzin (Nardil®). Fenelzin er ikke registrert i Norge. Det må derfor søkes særskilt om å få bruke dette preparatet. Pasienter som bruker fenelzin må forholde seg til en spesialdiett for å unngå farlige bivirkninger knyttet til bl.a. blodtrykksfall eller stigning. Preparatet er effektivt, men altså beheftet med disse spesielle forholdsreglene.



Hva er antipsykotisk medikasjon?

Antipsykotika gis for å kontrollere/minske psykotiske fenomener som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Disse kan opptre i forbindelse med alvorlige depresjoner eller i alvorlige maniske faser.

Antipsykotika kan også brukes ved bipolar lidelse selv om pasienten ikke har psykotiske symptomer. De kan brukes som dempende og beroligende medikasjon især i første del av behandlingsforløpet – når det foreligger søvnproblemer, angst og uro. Forskere mener også at nye antipsykotika kan bidra til bedre kontroll av depresjon og mani. Antipsykotika brukes derfor ofte som tilleggsbehandling sammen med stemningsstabilisatorer for å oppnå større effekt også hos pasienter som ikke har hatt psykotiske symptomer.

Det er 2 grupper antipsykotika: gamle (typiske eller konvensjonelle) og nye (atypiske). Et alvorlig problem med de gamle antipsykotika er risikoen for å utvikle varige ufrivillige muskelbevegelser, kalt tardive dyskinesier (TD). Gamle antipsykotika kan også gi stivhet i muskulatur, muskulær uro og skjelving. Nye antipsykotika gir sjeldnere TD (ca. 1% pr. år) og gir mindre muskulære bivirkninger. På grunn av dette er bruk av atypiske antipsykotika første valg dersom antipsykotika skal anvendes. Eksempler på atypiske antipsykotika er:

- olanzapin (Zyprexa®)
- quetiapin (Seroquel®)
- risperidon (Risperdal®)

Som tidligere nevnt tyder nye forskningsresultater på at disse atypiske antipsykotika har stemningsstabiliserende effekt. Vanlige bivirkninger ved bruk av atypiske antipsykotika er bl.a. søvnighet og vektøkning (til dels med fare for utvikling av diabetes).

I tillegg kan andre atypiske antipsykotika forsøkes når behandling ikke har ført frem. Klozapin (Leponex®) er et effektivt antipsykotikum med stemningsstabiliserende egenskaper men brukes sjeldnere pga. den ugunstige bivirkningsprofilen med fare for reduksjon av hvite blodlegemer.

Eksempler på konvensjonelle antipsykotika omfatter gamle medikamenter som haloperidol (Haldol®), perfenazin (Trilafon®) og klorpromazin (Largactil®). Selv om de ikke er førstevalgspreparater kan disse medikamentene være nyttige hos pasienter som ikke har effekt av, eller tåler nye antipsykotika.

Akuttfase behandling

Valg av stemningsstabilisator til behandling av akutt mani

Førstevalgspreparater for behandling av en manisk episode er litium og valproat. I valget mellom disse to medikamentene vil legen vurdere tidligere behandlingseffekt (hvorvidt noen av disse preparatene har gitt effekt tidligere), undergruppe av bipolar lidelse (f.eks. om det foreligger rapid cycling), aktuelle stemning (ren mani eller blandingsepisode), og hvilke bivirkninger pasienten synes er mest problematiske.

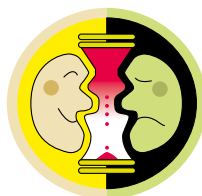
Litium og valproat er begge gode alternativer for behandling av "ren" mani, mens valproat er å foretrekke der hvor det foreligger blandingsepisoder, eller ved rapid cycling. Det er heller ikke uvanlig å kombinere disse to preparatene for å oppnå best mulig effekt. Hvis denne kombinasjonen ikke er effektiv, kan en tredje stemningsstabilisator legges til. Karbamazepin er et alternativ etter litium og valproat. Som valproat er karbamazepin spesielt effektiv ved blandingsepisoder og ved rapid cycling. Det kan enkelt kombineres med litium mens det er mer komplisert å kombinere med valproat.

De nye antiepileptika (lamotrigin, topiramet) brukes ikke i utgangspunktet mot mani, men kan eventuelt legges til førstevalgspreparatene, eller brukes der hvor førstevalgspreparatene har gitt plagsomme bivirkninger.

Hvor fort virker stemningsstabiliserende medikamenter?

Det tar noen uker før stemningsstabilisatorer gir effekt. Imidlertid er det ved mani nyttig å gi tillegg av andre medikamenter som gir umiddelbar effekt i forhold til maniske symptomer som søvnvansker, angst og uro. Førstevalgspreparater for tilleggsbehandling ved mani er:

- Antipsykotika, især hvis pasienten har psykotiske symptomer.
- Dempende/beroligende medikasjon fra gruppen benzodiazepiner, f.eks. lorazepam (Ativan[®], Temesta[®] – gis kun på sykehus), klonazepam (Rivotril[®]), diazepam (Stesolid[®], Valium[®]). Ved rusmiddelavhengighet må man vurdere bruken av disse medikamentene nøye.



Bruken av antipsykotika og benzodiazepiner medfører ofte tretthet. Det blir viktig å redusere dosen etter hvert som den akutte fasen er over for å minske dette problemet. Noen pasienter har behov for å fortsette med benzodiazepiner over lengre tid for å få kontroll med plagsom søvnløshet og angst. Langtidsbehandling med antipsykotika kan også være nødvendig hos noen pasienter for å hindre tilbakefall.

Valg av antidepressivum ved akutt depresjon

Selv om stemningsstabilisatorer alene kan behandle en lett depresjon, vil et antidepressivum være nødvendig ved moderat eller alvorlig depressiv episode. Som nevnt tidligere vil et antidepressivum gitt alene hos en pasient med bipolar lidelse kunne utløse et oppsving i hypoman eller manisk fase ("switch"), eller medføre hyppigere svingning mellom mani og depresjon, såkalt cycling. På grunn av dette vil mange leger gi antidepressiva sammen med stemningsstabilisator ved bipolar lidelse.

Antidepressiva tar også noen uker før de gir effekt. En del pasienter får effekt ved første behandlingsforsøk, men det er ikke uvanlig å måtte forsøke 2 eller 3 antidepressiva før man finner medikamenter som gir full effekt, og har lite plagsomme bivirkninger.

Hvis depresjonen vedvarer på tross av behandling med antidepressiva og stemningsstabilisator, kan litium gis som tillegg, eller man kan bytte stemningsstabiliserende medikasjon.

Tiltak for å minske bivirkninger

Alle medikamenter som gis i behandlingen av bipolar lidelse kan gi plagsomme bivirkninger. Det forekommer også noen alvorlige, men sjeldne bivirkninger. På samme måten som effekten varierer fra person til person vil bivirkningene variere svært mye fra pasient til pasient. Om en pasient får mye bivirkninger fra en medikasjon, er det ikke gitt at samme pasient vil få bivirkninger av annen medikasjon.

Noen tiltak minsker bivirkningene. Det å starte med lav dosering og justere dosen langsomt oppover er et slikt tiltak. Det betyr at man må bruke noe lenger tid før effekten inntreffer, men samtidig minskes

som regel bivirkningene. Når det gjelder litium og valproat er det nødvendig med jevnlig målinger av medikamentnivået i blodet. Dette for å sikre at pasienten får en effektiv dose samtidig som dosen ikke er høyere enn nødvendig. Hvis bivirkninger opptrer, kan dosejustering ofte minske disse, eller man kan gi tilleggsmedikasjon som demper bivirkningene. Det er viktig å diskutere bekymring knyttet til bivirkninger med legen slik at hun/han tar dette med i vurderingen av videre behandling.

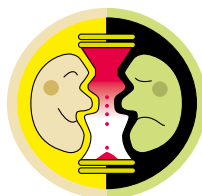
Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kan være livreddende behandling ved alvorlige depresjoner eller mani. Denne behandlingsformen har dessverre uberettiget kommet i et dårlig lys. ECT er et viktig behandlingalternativ hos suicidale pasienter, hos pasienter hvor det haster med å få til behandling – hvis pasienten f.eks. ikke spiser eller drikker, videre i situasjoner hvor medikamentell behandling ikke har hatt effekt. Andre situasjoner er hos gravide hvor medikasjon ikke kan gis, eller ved psykoser (vrangforestillinger, hallusinasjoner). ECT gis under en kort bedøvelse (anestesi) på sykehus. Det gis som regel en serie på 6-10 behandlinger over noen uker. Den hyppigste bivirkningen av ECT er midlertidige hukommelsesproblemer.

Innleggelse i sykehus

Mange pasienter med bipolar I lidelse (minst 1 manisk episode) innlegges i sykehus i løpet av sykdomsforløpet. Fordi akutt mani påvirker evnen til innsikt og dømmekraft, vil pasienter med mani ofte bli lagt inn mot deres vilje. Dette oppleves som stressende og vanskelig for pasient og pårørende. Imidlertid vil de fleste senere være takknemlige for at hjelp ble gitt. Sykehusinnleggelse bør vurderes når:

- Det er fare for sikkerheten til pasienten eller andre pga. selvmordsfare, trusler om drap eller andre aggressive impulser eller handlinger
- Når det foreligger alvorlig funksjonstap, eller alvorlige symptomer som innebærer nødvendigheten av døgntilsyn
- Ved pågående rusmisbruk og behov for å hindre dette
- Når pasienten er i en ustabil medisinsk situasjon
- Når det er behov for overvåking av medikamentreaksjoner.



Forebyggende behandling

De stemningsstabiliserende medikamentene, især litium, valproat og lamotrigin har en hovedplass i forebyggelsen og vedlikeholdsbehandlingen av bipolar lidelse. Omtrent en av tre med bipolar lidelse vil kunne forbli symptomfrie under langtidsbehandling med stemningsstabilisatorer. De fleste andre vil oppleve stor symptomlette fordi de får færre og mindre alvorlige episoder under vedlikeholdsbehandling.

Det er viktig å ikke miste motet når nye episoder oppstår. For å evaluere behandlingseffekten må man se på forløpet over lang tid og vurdere hyppigheten og alvorlighetsgraden av de bipolare episodene. Hvis endringer i stemningsleie rapporteres til legen umiddelbart, kan medikamentjustering gjøres når de første varselsignaler oppstår. Dermed kan stemningen stabiliseres raskt og man unngår alvorlige episoder. Medikamentjustering skal således ses på som en rutinemessig del av behandlingen (på samme måten som en diabetiker får justert insulin dosen jevnlig). De fleste med bipolar lidelse fungerer best når de behandles med en kombinasjon av medikamenter. Denne kombinasjonen består gjerne av en eller flere stemningsstabilisatorer eventuelt med tillegg av et antidepressivum og/eller antipsykotikum. I tillegg til medikamentjusteringer vil ikke-medikamentelle tiltak også være viktige ved enhver ny sykdomsepisode. Dette beskrives nærmere på de neste sidene.

Det å ta den forskrevne medikasjon korrekt over tid er vanskelig enten det gjelder pasienter som behandles for høyt blodtrykk og diabetes, eller pasienter med bipolar lidelse. Pasienter med bipolar lidelse - kan føle seg fristet til å avbryte den medikamentelle behandlingen av flere grunner. De føler seg symptomfrie i perioder og tenker dermed at de ikke trenger mer behandling. De kan oppleve plagsomme bivirkninger, eller de kan savne den gode følelsen av oppstemthet som var til stede i hypomane faser. Imidlertid er avbrudd i den medikamentelle behandlingen forbundet med stor risiko for tilbakefall i løpet av uker eller måneder. Når det gjelder avslutning av litiumbehandling øker faren for selvmord etter opphør av medisiner. En brå avslutning av litiumbehandling er forbundet med større risiko enn en langsom nedtrapping. På grunn av dette bør endring i medisiner alltid gjøres gradvis og i tett samarbeid med lege.

Ved en enkeltstående episode med mani kan man vurdere å avslutte behandlingen etter ca. et år. Hvis det er høy forekomst av bipolar lidelse i slekten, eller hvis den maniske episoden var alvorlig, vil man likevel overveie langtidsbehandling. Når det foreligger en sykehistorie med 2 eller flere maniske eller depressive episoder, er anbefalingen å gi livslang forebyggende behandling. Den eneste grunnen til å avbryte forebyggende medikasjon som har hatt god effekt er når medisinske grunner eller alvorlige bivirkninger gjør det farlig å fortsette, eller at en kvinne ønsker å bli gravid. Selv under disse omstendighetene kan man forsøke å opprettholde behandlingen ved f.eks. å bytte medikasjon. Derfor skal denne type problemstilling alltid tas opp med legen for nøye vurdering.

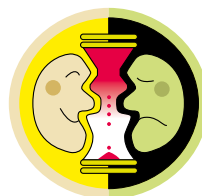
Pasientopplæring: Hvordan lever man best med bipolar lidelse?

En viktig del av behandlingen er undervisning og opplæring. Jo mer du som pasient og pårørende vet om bipolar lidelse og behandlingen av denne, jo bedre vil du klare å forholde deg til sykdommen.

Er det noe jeg kan gjøre for å bidra til behandlingen?

Svaret på dette er, ja! Du kan begynne med å sette deg så godt inn i denne sykdommen at du kan regnes som en ekspert på området. Bipolar lidelse er en livslang sykdom; det er svært viktig at du og din familie vet mest mulig om lidelsen og behandlingen av den. Les bøker, gå på kurs, snakk med legen eller terapeuten, vurder om du skal bli medlem i lokalforeningen av Mental Helse eller en annen pasientforening. Alt dette for å være oppdatert på den medisinske utviklingen og for å kunne lære av andre pasienters erfaringer. Det å være en informert pasient er et viktig bidrag til å kunne ta de riktige valgene og dermed bidra til stabilitet.

Mindre stemningssvingninger kan ofte reduseres, og stress som medfører større svingninger kan forhindres hvis man tar følgende forholdsregler:



■ Oppretthold et stabilt søvnmønster.

Gå i seng til samme tid hver kveld og stå opp omtrent på samme tid hver morgen. Forstyrrelse av søvnmønsteret medfører kjemiske forandringer i kroppen som kan utløse stemningssvingninger. Hvis du skal ut på en reise som innebærer kryssing av tidssoner og fare for jetlag, bør du rådføre deg med lege.

■ Oppretthold stabil aktivitet.

Ikke bli overaktiv, ikke kjør deg selv for hardt.

■ Unngå bruk av alkohol, rusmidler og reseptfrie medikamenter.

Rusmidler og alkohol kan påvirke effekten av legemidler og kan utløse stemningssvingninger. Det kan være fristende å bruke alkohol eller rusmidler som "behandling" av søvnproblemer eller stemningssvingninger, men det gjør alltid problemene verre. Hvis du har et rusproblem bør du informere legen om dette slik at du får behandling f.eks. i AA (Anonyme Alkoholikere). Vær oppmerksom på effekten av små daglige doser alkohol, koffein eller andre stoffer i tabletter mot forkjølelse, allergi osv. Disse kan påvirke søvn, stemning, eller de faste medikamentene du bruker. Det kan virke urettferdig at du ikke kan unne deg en kopp morgenkaffe eller en drink, men for en del pasienter kan justering av slike rutiner utgjøre en stor forskjell.

■ Ta imot støtte fra familie og venner.

Husk at det ikke alltid er lett å leve sammen med en som har stemningssvingninger. Hvis alle i familien lærer så mye som mulig om bipolar lidelse, kan dette minske noe av slitasjen som denne sykdommen uvegerlig vil bidra til. Selv den mest robuste familie vil i perioder trenge hjelp utenfra for å takle bipolar lidelse hos en pårørende. Be din lege eller terapeut om å gi opplæring til både deg og din familie. Familieterapi eller støttegrupper kan også være nyttige.

■ Prøv å minske stress på arbeid.

Selvsagt vil alle prøve å gjøre sitt beste på arbeidet. Imidlertid er det viktig å tenke helhetlig. Hvis du unngår tilbakefall, vil det i det lange løp øke arbeidsinnsatsen. Det er viktig med fast arbeidstid slik at du får nødvendig hvile. Når stemningssymptomer påvirker din evne til å arbeide, må du diskutere dette med legen. Sykemelding må vurderes. Hvor mye du tar dette opp med kolleger og arbeidsgiver, vil avhenge av hva du selv ønsker.

▪ Lær deg dine "varselsymptomer"- tidlige tegn på at en ny stemningssvingning er på vei.

Det vil variere fra person til person hvilke tegn som er de første uttrykk for at en ny depresjon eller mani er på vei. Jo bedre du lærer dine egne "tegn" å kjenne, jo raskere vil du kunne skaffe hjelp. Små endringer i søvnmønster, stemning, følelse av energi, selvfølelse, sexlyst, konsentrasjon, interesse for nye prosjekter, tanker om døden (eller plutselig optimisme), og selv endringer i klesstil og egenhygiene kan være små signaler om begynnende stemningsøkning eller – senkning. *Vær spesielt oppmerksom på endringer i søvnmønster!* Slike endringer er ofte tydelige tegn på at stemningsendring er på gang. I og med at tap av innsikt kan være en del av en ny episode av bipolar lidelse, bør du ikke nøle med å spørre din familie om å holde øye med tidlige varseltegn som du ellers selv kan overse.

Hva gjør man hvis lysten til å slutte med medikamenter melder seg?

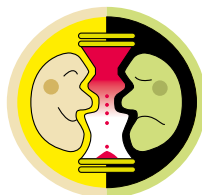
Det er normalt å oppleve perioder hvor man har tanker om å avbryte behandlingen. Men hvis du føler at behandlingen ikke virker etter hensikten, at den gir deg ubehagelige bivirkninger, bør du ta det opp med legen. Ikke juster medisiner selv. Ikke avslutt behandlingen på egen hånd. Det å behandle tilbakefall etter avbrutt behandling kan ofte være vanskelig. Det er derfor viktig å unngå brudd i behandlingen. Det er bedre å be legen om en ny vurdering, eventuelt av en annen lege, en såkalt "second-opinion".

Hvor ofte bør man ha time hos legen?

Ved en akutt mani eller depresjon vil de fleste tilses av lege minst en gang i uken og ofte daglig. Dette for å vurdere utviklingen av symptomer, doseringen av medikamenter og bivirkninger. Etter hvert som det tilkommer bedring, er behovet for kontakt med lege mindre. I friske perioder holder det med kontroll hos lege med måneders mellomrom.

Uavhengig av faste avtaler med lege eller timer for blodprøvetaking, er det nødvendig å kontakte lege ved:

- Tanker om selvmord, tanker om vold



- Forandringer i sinnstemning, søvnmønster, aktivitetsmønster
- Endringer i bivirkningsmønster
- Behov for tilleggsmedikasjon knyttet til andre somatiske tilstander
- Generelle medisinske plager, for eksempel behov for kirurgiske inngrep.

Hvordan kan jeg selv følge utviklingen i min egen tilstand?

Det finnes et skjema hvor man kan kartlegge stemningsendringer. Dette er en slags dagbok hvor man fører inn følelser, aktiviteter, søvnmønster, medikamenter og bivirkninger samt viktige hendelser. En slik dagbok gir god oversikt over hvilke tegn som er de første varselsignaler om nye maniske eller depressive episoder. Man vil som regel bruke en skala for å angi sinnstemningen fra "mest depriment" til "mest manisk" hvor midtområdet angir normalt stemningsleie. Dagboken vil kunne gi oversikt over hvilke stressfaktorer som pleier å utløse nye episoder av bipolar lidelse. Likeledes vil innføring av medisinerings kunne gi oversikt over hvilke tabletter og doseringer som gir best stabilitet.

Hva kan familie og venner gjøre for å hjelpe?

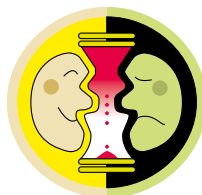
Hvis du har et familiemedlem eller en venn med bipolar lidelse, er det nyttig å skaffe så mye informasjon om denne sykdommen som mulig. Det er lurt å få oversikt over tidlige tegn på at en ny stemningssvingning er i anmarsj. Det er også å anbefale å snakke med pasienten i friske faser om hvordan man skal forholde seg når symptomer oppstår.

- Vær støttende i forhold til behandlingsopplegget, slik at pasienten oppfordres til å følge medisineringsen, møte opp til legeavtaler og unngå alkohol og rusmidler. Hvis pasienten har det dårlig eller har plagsomme bivirkninger, bør pasienten oppfordres til å få en time for ny vurdering, men ikke til å stoppe medikasjon uten at det er avtalt med lege.
- Hvis pasienten i en sykdomsfase avviser deg og ser på din bekymring som utidig innblanding, må du huske på at dette ikke handler om en avvisning av deg som person, men at slik adferd er den del av sykdomsbildet.

- Lær deg signalene på selvmordsfare og *ta alle trusler om selvmord svært alvorlig*. Bring inn andre hjelpere til å vurdere dette, familiemedlemmer, pasientens lege. I en akutt situasjon kan legevakt benyttes.
- Hos pasienter med tendens til maniske episoder bør forholdsregler diskuteres i friske faser. Dette for å legge planer om hva som skal gjøres i forkant av mulige nye maniske faser slik at problemer kan unngås. Det kan dreie seg om avtale om tilbakeholdelse av kredittkort eller bilnøkler. Videre avtale om når det skal søkes innleggelse i sykehus.
- La flere dele på ansvaret for å følge opp pasienten. Dette vil minske stresset på den enkelte og forhindre at pårørende ”brenner ut”.
- Når pasienten er i bedring etter manisk eller depressiv fase, bør vedkommende få lov til å vende tilbake til dagliglivet i sitt eget tempo. Unngå forventninger om at pasienten skal klare ”alt for mye” eller ”alt for lite”. Gjør ting sammen med vedkommende, ikke for ham. Personen skal behandles normalt i friske faser, men vær hele tiden oppmerksom på symptomer. Ved tilbakefall kan det være du som oppdager symptomene før pasienten selv. I så fall bør du fortelle det til pasienten og foreslå oppfølging hos lege.
- Det er viktig at både du og pasienten lærer å skille mellom en god dag og hypomani – og mellom en dårlig dag og depresjon. Personer med bipolar lidelse har gode og dårlige dager akkurat som vi andre. Etter hvert som man er oppmerksom på dette og får erfaring, vil man kunne skille mellom disse fenomenene.
- Bruk den erfaring og støtte som finnes i pasient- og brukerorganisasjoner og i diverse støttegrupper.

Psykoterapi

Psykoterapi ved bipolar lidelse kan gi hjelp til å takle problemer i livet, takle endringer i selvbildet og livsmål. Videre kan det bidra til innsikt i hvordan sykdommen påvirker relasjonene til de nærmeste. Som behandlingstilbud i akutt fase, vil psykoterapi kunne være aktuell ved depresjon, men sjeldent ved mani. I manisk fase vil de



fleste pasienter ikke klare å lytte til en terapeut. Langtidsterapi bidrar til å forebygge både maniske og depressive faser ved å minske stressfaktorer som er utløsende for nye episoder, og ved å øke pasientens aksept for å ta medikamenter.

Typer av psykoterapi

Man har forskning knyttet til 4 ulike terapiformer. Disse har vist seg effektive ved depresjon og i friske faser:

- **Adferdsterapi** fokuserer på adferd som øker eller minsker stress, og hvordan man kan få til gode opplevelser som minsker depressive symptomer.
- **Kognitiv terapi** fokuserer på identifisering og endring av negative tankemønstre og grunnideer som bidrar til nye depresjoner.
- **Interpersonlig terapi** fokuserer på reduksjon av den slitasje en stemningslidelse vil gi på relasjoner.
- **Livsstilendring/døgnrytmetiltak** fokuserer på gjenopprettelse og vedlikehold av gode daglige rutiner for å stabilisere biorytme, især søvn/våkenhet.

Psykoterapi kan gis individuelt, i gruppe eller til familier. Personen som gir terapi kan være din lege eller en annen helsearbeider - for eksempel sosionom, psykolog eller sykepleier.

Hvordan får man mest mulig ut av en terapi?

- Hold avtaler
- Vær ærlig og åpen
- Gjør hjemmelekser som blir gitt
- Gi tilbakemelding til terapeuten om hvordan behandlingen virker inn på deg. Husk at terapi virker over tid. Det tar lenger tid enn medikamenter, men effekten kan være langvarig. Pasienter reagerer ulikt på psykoterapi på samme måte som de reagerer ulikt på medikamenter.

Nyttige internettadresser

www.mentalhelse.no

Bruker- og interesseorganisasjon for personer med psykiske lidelser.

www.helsebiblioteket.no

Oppdatert fagkunnskap for norsk helsepersonell

www.legemiddelhandboka.no

Norsk Legemiddelhandbok, kap. om bipolar lidelse.

www.smil.uio.no

Skandinavisk medisinsk informasjon for lekfolk. Kvalitetsvurderte nettstedet på norsk, dansk og svensk om sykdommer og deres behandling.

BipolarNorge: Et forum for de med bipolare lidelser. Lukket for andre enn medlemmer. Søk på BipolarNorge, inn via ezboard.com.

www.bptreffpunkt.org

Nettsamfunn for mennesker med bipolar lidelse. Mesteparten av innholdet ligger ute på nett. Pårørende er velkomne til å delta bortsett fra tre lukkede kategorier forbeholdt bipolare.

www.psykiskhelse.no

Rådet for psykisk helse. Humanitær organisasjon som arbeider for å skape et best mulig liv for barn og voksne med psykiske lidelser.

www.lpp.no

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri.

Bøker om bipolar lidelse

Norsk og nordisk:

Jarle Eknes (2006) **"Depresjon og mani"**

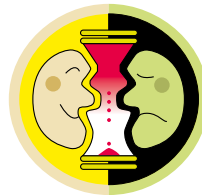
Oslo: Universitetsforlaget.

NB: Inneholder omfattende litteraturliste.

Rasmus W. Licht, Krista N. Straarup, Per Vestergaard (2005)

"Bipolar lidelse – en bog til patienter med mani og depression og deres pårørende"

København: Psykiatri Fondens forlag. Dansk.



Ulrik Fredrik Malt, Nils Retterstøl, Alv A. Dahl (2003)

"Lærebok i Psykiatri"

Kap. 13, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jannike Engelstad Snoek, Knut Engedal (2000) **"Psykiatri"**

Oslo: Akribe Forlag AS.

Jan Kåre Hummelvold (1997) **"Helt – ikke stykkevis og delt"**

Kap. 7 og 8, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engelsk:

Goodwin, F.K. & Jamison, K. R. (2007) **"Manic-depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression"**

New York: Oxford University Press.

Bøker om og for personer med bipolar lidelse:

Andreas Kilden, Krista Nielsen Straarup (2006)

"Sort på hvitt – personlige erfaringer med mani og depression"

København: Psykiatri Fondens forlag. Dansk.

Biografi:

Karl Over-Rein (2002) **"Judith Zilberstein – en manisk depressiv historie"**

Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Selvbiografi:

Kay Redfield Jamison (1996) **"Mitt urolige sinn"**

Oslo: Hjemmets Forlag.

Skjønnlitteratur:

Bente Bratlund Mæland (2002) **"Tid er det nok av"**

Det Norske Samlaget. Barnebok (kan også leses av voksne) om det å ha en mor med manisk depressiv lidelse.

