



# Om konsten att skapa balans

Brist på konceptualisering av tidiga symtom och stress ökar risken för återfall vid bipolär sjukdom

Yvonne Bergström

**Kognitiva Psykoterapeutprogrammet 90 hp**

Vårterminen 2010

Fördjupningsarbete 15 hp

Handledare: Professor MD Rolf Adolfsson

## Abstract

Bergström, Yvonne (2010). Om konsten att skapa balans. Brist på konceptualisering av tidiga symtom och stress ökar risken för återfall vid bipolär sjukdom. Fördjupningsarbete 15 hp på kognitiva psykoterapeutprogrammet vid Umeå universitet.

Undersökningsgruppen består av fem patienter som behandlas för bipolära tillstånd. Syftet med studien är att kartlägga konceptualiseringens betydelse för att förhindra återfall i depressiva och maniska episoder utifrån följande begrepp: tidiga symtom, olika sårbarhets- och stressfaktorer, tanke- och beteendemönster samt copingstrategier. Undersökningen har skett vid två tillfällen med två till tre veckors mellanrum. Som stöd vid den första intervjun användes semistrukturerat frågebatteri med avsikt att kartlägga patientens livshistoria, symtombild, stressfyllda livshändelser och om det finns särskilda sådana som har haft en direkt betydelse för försämring, antingen åt det depressiva eller maniska hållet, och om återkommande händelser inverkar negativt på patientens sätt att hantera sin sjukdom. Vid den andra intervjun har individuella frågor ställts för att be om förtydliganden och kompletterande uppgifter.

Av resultatet framgår att avsaknad av konceptualisering ökar risken för återfall vid bipolär sjukdom. Det finns ett positivt samband mellan en individualiserad kartläggning av symtom, utlösande händelser inklusive stress och övertygelser och möjligheten att som patient själv kunna kontrollera och hantera sin sjukdom. Det finns också ett positivt samband mellan god insikt om hur symtom och utlösande händelser samverkar med de tanke- och beteendemönster som patienten har utvecklat och användande av bra strategier i syfte att lindra, hämma eller skjuta upp depressiva och maniska perioder. Ett negativt samband redovisas mellan begränsad insikt om hur symtom och utlösande händelser samverkar med tanke- och beteendemönster som hon utvecklat och användande av dåliga strategier.

Vidare framgår att patienterna genom erfarenhet har lärt sig att identifiera tidiga tecken på depression och mani. De har också god insikt om hur negativa livshändelser och inte sällan samtidigt förekommande stress på arbetet och privat är utlösande faktorer vid episoderna. Däremot saknas en motsvarande insikt om hur även positiva händelser med eller utan avbrott i den dagliga rytmen och personliga ageranden också kan vara den utlösande orsaken till insjuknanden. Av den modell för konceptualisering som redovisas i denna studie framkommer att för att kunna förebygga återfall bör den innefatta en förklaring av vilken form av stress som patienten är särskild sårbar för genom att klargöra sambandet mellan a) tidiga symtom särskilt från senare depressiva och maniska symtom, b) livshändelser och olika former av stress som är utlösande orsaker till de affektiva episoderna, c) dysfunktionella tanke- och beteendemönster vars teman är ständigt närvarande i de stressfyllda livshändelserna och vid olika former av stress samt d) strategier med vilka man kan förebygga återfall.

Nyckelbegrepp: bipolära tillstånd, depressiva och maniska perioder, kognitiv konceptualisering, tidiga symtom, sårbarhets- och stressfaktorer, dysfunktionella tanke- och beteendemönster samt copingstrategier.

# Innehåll

<b>Förord</b>	2
<b>1. Bakgrund</b>	3
1.1 Stress- och sårbarhetsmodeller	3
1.2 Olika stressfaktorer	5
1.3 Tidiga symtom vid depression, hypomani och mani	6
1.4 Dysfunktionella antaganden och beteenden	7
<b>2. Syfte och frågeställning</b>	9
<b>3. Metod</b>	9
3.1 Försökspersoner	10
3.2 Material och genomförande	10
3.3 Etiska överväganden	11
<b>4. Resultat</b>	11
4.1 Identifiering av tidiga symtom	11
4.2 Olika stressfyllda händelser som riskfaktorer	13
4.3 Egna tanke- och beteendemönster som riskfaktorer	14
4.4 Bra och dåliga strategier vid hantering av återfall	15
<b>5. Diskussion</b>	17
5.1 Att bli sin egen expert på tidiga symtom	17
5.2 Att bli sin egen expert på stressfaktorer samt tanke- och beteendemönster	18
5.3 Att bli sin egen expert på copingstrategier	19
5.4 Compliance och stigmatisering	21
5.5 Nya forskningsområden	22
<b>Appendix 1. Frågeinstrument</b>	24
<b>Litteraturförteckning</b>	25

## Förord

Kay Jamison är professor i psykologi. Hon har själv bipolär sjukdom, men har fått en välfungerande och förebyggande behandling. I sin bok "An Unquiet Mind" (1995, sid 67, fritt översatt) skriver hon:

*"Med detta tillstånd följer en särskild slags hänförelse, ensamhet och skräck. Där uppe är det fantastiskt. Dina idéer och känslor är som stjärnfall på himlen, och du följer dem tills du hittar nya, som lyser ändå klarare. All blygsel är som bortblåst, alla de rätta orden, tonfallen och gesterna bara finns där. Du blir spännande och intressant, och kan också intressera dig för den mest obetydliga medmänniska. Sensualiteten brinner, och du drivs av en obändig längtan att förföra och bli förförd. Känslan av lätthet, intensitet, välbefinnande, kraft, förmåga och oändliga ekonomiska resurser genomsyrar din märg.*

*Men någonstans på vägen förändras allt. De snabba tankarna blir för snabba, de många idéerna för många. Klarheten blir förvirring, minnet sviker. Intresset i vännernas ansikten förbyts i rädsla och oro. Den medvind du seglade i har vänt och blivit en rasande storm. Du blir irriterad, arg, skräckslagen, utom kontroll och förlorad i själens djupaste och svartaste grottor. Du visste inte innan att de grottorna fanns där, men de är oändliga, för vansinnet gräver dem djupare och djupare."*

Denna rapport handlar om betydelsen av att identifiera tidiga symtom och olika utlösande stressfaktorer vid bipolär sjukdom samt hur konceptualisering kan vara till hjälp i behandlingen med att förebygga återfall i depressiva och maniska perioder. Studien är kvalitativ och analysen utgår från kognitiv beteendeterapeutisk referensram. Den baseras på intervjuer av fem personer med bipolär sjukdom. För att skydda deras identitet har för sammanhanget betydelselösa detaljer ändrats. Ett stort tack går till de personer som deltagit i studien och som därmed gjort den möjlig. I kapitel 1 presenteras studiens bakgrund och teoretiska modeller. I kapitel 2 redovisas syfte och frågeställning. I kapitel 3 beskrivs undersökningens uppläggning och genomförande. Resultatet från den empiriska studien redovisas i kapitel 4 och slutsatserna från denna i kapitel 5.

Som alltid är en studie som denna ett resultat av ett samarbete med flera aktörer. Jag vill rikta ett tack till ansvariga vid den psykiatriska klinik där undersökningen genomförts. Ett tack riktas också till min handledare professor MD Rolf Adolfsson och forskningssjuksköterska Eva Lundberg på Institutionen för klinisk vetenskap, avdelning Psykiatri, vid Umeå universitetssjukhus som i rollen som sakkunniga lämnat många värdefulla synpunkter.

YVONNE BERGSTRÖM

# 1. Bakgrund

Idag menar man att behandling vid bipolär sjukdom måste innefatta interventioner som utgår från både en biologisk och en psykologisk sårbarhetsmodell. Under senare år har specifika psykoterapeutiska behandlingar, särskilt kognitiva beteendeterapeutiska och psykoedukativa, använts parallellt med farmakologiska. Genom dessa har patienten tillägnat sig färdigheter som ökar förmågan att hantera stressfyllda livshändelser och som bidrar till en ökad självkänsla (Basco och Rush, 2005; Lam et al., 1999; Newman et al., 2002).

Bipolär sjukdom eller manodepressivitet (DSM-IV, 1995; Häggström, 2007) uppkommer i återkommande affektiva cykler och orsakar många problematiska perioder i personens liv såsom ökad risk för kroppslig ohälsa, samsjuklighet med andra psykiska sjukdomstillstånd, missbruk samt självmordsförsök och självmord. Tidigt insatt behandling förbättrar prognosen över tid med mindre återfall och bibehållna psykosociala funktioner. Bl.a. har olika strukturerade eller manualbaserade behandlingsprogram använts med goda resultat (Kramer et al., 2009). Trots vetskapen om att effekten av psykoterapeutiska behandlingar ökar om de föregås av en analys och strukturerad planering, har få studier diskuterat värdet av någon form av systematisk konceptualisering<sup>1</sup> i arbetet med bipolära patienter.

## 1.1 Stress- och sårbarhetsmodeller

Bipolära tillstånd betraktas ofta något schablonmässigt som en biologisk sjukdom, vilket ofta förknippas med att den viktigaste behandlingen i alla lägen är rent farmakologisk. Detta synsätt har gradvis förändrats. Orsaken är en ökad betoning på olika stress- och sårbarhetsmodeller<sup>2</sup>, vilket har lett till en utveckling av nya etiologiska teorier med ökad betoning på bakomliggande psykologiska och sociala faktorer avseende sårbarhet och risker samt en ökad acceptans för psykologisk behandling som ett komplement till medicinering.

Stress- och sårbarhetsmodellen säger inget om orsaken till sjukdomen men användningen av den ger en bredare förståelse för uppkomna symtom och individens beteende och känslor när

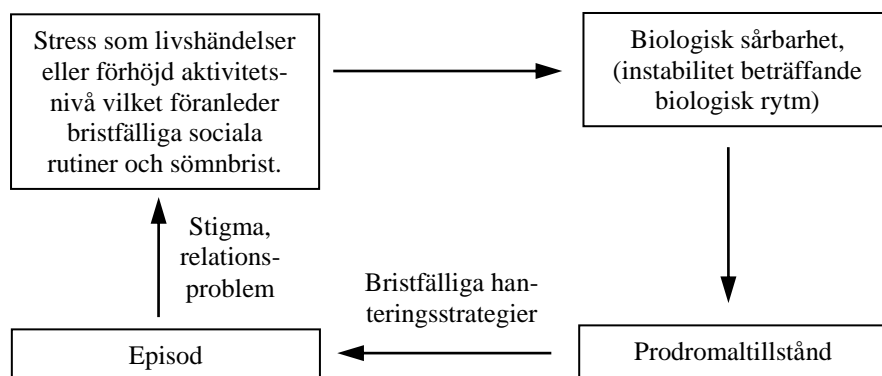
---

<sup>1</sup> Konceptualisering innefattar en beskrivning av utlösande händelser, symtom och övertygelser. Detta innebär att patientens aktuella problem placeras in i ett personligt sammanhang, och där hon ges möjlighet att förstå hur dessa vidmakthålls av de generella tanke- och beteendemönster som hon utvecklat (Rosenberg och Mörch, 2006).

<sup>2</sup> Stress- och sårbarhetsmodellen förklarar hur predisponerade faktorer inom olika områden bestämmer villkoren för aktuell störning. Syftet med modellen är att förklara hur sårbarhet och olika former av stress kan förstås och utgöra ett empiriskt mått på varje form av psykopatologi (Ingram och Luxton, 2005).

symtomen uppträder. Enligt modellen är bipolär sjukdom en biologisk dysreglering som grundar sig på att vissa människor har en särskild nedärvd sårbarhet, där den genetiska predispositionen för insjuknande i affektiva sjukdomar ännu inte är definierad, och att debut och återfall är beroende av hur individen lyckas möta ökade miljömässiga, känslomässiga och fysiska stressfaktorer (Craighead et al., 2002; Scott, 2010). Vidare är den exempel på hur olika beteendemässiga aspekter som bl.a. bristande följsamhet vid farmakologisk behandling, bristande livskvalitet, bristande stresshantering och stigma leder till eller förstärker problembilden.

I figur 1 nedan beskrivs stress- och sårbarhetsmodellen vid bipolär sjukdom enligt Lam et al. (1999). Modellen redogör för hur olika former av stress och stressfyllda händelser leder till att patienter med sårbarhet för bipolär sjukdom utvecklar symptom som föregår en egentlig episod. I denna är fokus riktat på den typ av stress som leder till avbrott i sociala rutiner och som gör att patienten får för lite sömn och tid för återhämtning. Om patienten brister i hanterandet av dessa symptom ökar också risken för att hon ska utveckla en depression eller mani.

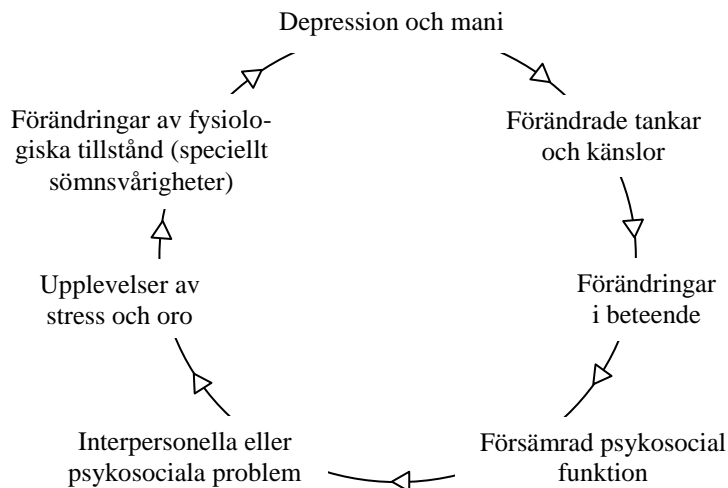


Figur 1. Stress- och sårbarhetsmodellen enligt Lam et al. (1999).

Scott och Todd (2002) betonar i sin stress- och sårbarhetsmodell tre olika typer av stress som kan leda till mani: a) sluta att ta medicin, avbrott i dygnsrytm och andra sociala rutiner samt livshändelser som har en speciell innebörd för patienten och som kan leda till sömnstörningar, b) tankar och övertygelser som är av central betydelse för insjuknandet i den affektiva störningen och de dysfunktionella strategier som patienten väljer samt c) psykologiska faktorer som tillsammans med biologiska och sociala föranleder en vidmakthållande och förstärkande *circulus vitiosus* (den onda cirkeln), var god se figur 2 nedan.

Basco och Rush (2005) förklarar också innebörden i den onda cirkeln vid hypomani och mani med att nya idéer och intressen uppkommer vilka tillsammans med minskade hämningar och

ökad energi leder till handlingar som överstimulerar personen. Detta gör att manin trappas upp och leder till än fler aktiviteter och ageranden. I figur 2 beskrivs hur kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga faktorer utvecklas samt påverkar den psykosociala och interpersonella kompetensen med ökad oro och stresskänslighet vilket bidrar till att episoderna vidmakthålls.



Figur 2. Den onda cirkeln vid bipolär sjukdom (modifierad efter Basco och Rush, 2005; Scott, 2010).

## 1.2 Olika stressfaktorer

Stress- och sårbarhetsmodellerna betonar alltså biologiska faktorerens betydelse vid utvecklande av bipolär sjukdom som genetik, biokemiska störningar i hjärnan samt avbrott i sociala och dagliga rutiner. Psykologiska faktorer som hur individen tänker, reagerar och agerar samt olika personlighetsdrag utgör inte en riskfaktor för utvecklande av bipolär sjukdom, men kan påverka vid vilken ålder sjukdomen debuterar och återfallsfrekvens (Scott, 2010).

Stress- och sårbarhetsmodellerna betonar också hur händelser och upplevelser gör att sårbarheten blir mer påtaglig; nämligen det som i modellen benämns för stress och som kognitiv terapi vid bipolära tillstånd innefattar. Dessa händelser och upplevelser kan kategoriseras i tre grupper: fysiska faktorer, livshändelser och sociala faktorer (Scott, 2010).

1. *Fysiska faktorer.* Det finns ett antal typer av fysisk stress som kan påskynda utvecklandet av affektiva episoder. Som exempel kan nämnas alkoholanvändning, sömnstörningar och avbrott i rutiner. Ökad användning av andra stimulantia samt medicinsk behandling som följer med olika somatiska sjukdomar är ytterligare exempel på vad som kan leda till humörsvängningar eller tydliga depressiva och maniska perioder.

2. *Livshändelser*. Det finns ett väldokumenterat samband mellan livshändelser som t.ex. förlust av en betydelsefull person och insjuknande i depression (Newman et al., 2002; Scott, 2010). Andra typer av relationella händelser som att t.ex. bryta upp från ett förhållande och andra typer av förluster som att t.ex. bli arbetslös kan också leda till en depression. Personer som är perfektionister behöver inte påverkas av en större händelse, utan ofta är flera mindre och frekventa händelser mer stressande och av betydelse för deras insjuknande (Scott, 2010). För att individen ska insjukna i mani krävs dessutom att händelsen leder till avbrott i hennes dagliga aktivitetsmönster liksom sömn- och vakenhetsstruktur (Scott, 2010).
3. *Sociala faktorer*. En individs sociala omständigheter ökar eller minskar risken för mer extrema humörsvängningar. Forskning har visat att om den bipolära patienten lever i en omgivning med människor som har en negativ inställning till relationer eller har en generellt kritisk attityd, så ökar risken för humörsvängningar hos henne (Alatiq et al., 2010; Scott, 2010). Vidare har man sett att hur en person med affektiva svängningar reagerar och agerar bestäms också av omgivningens tolkningar av hennes beteenden.

### **1.3 Tidiga symtom vid depression, hypomani och mani**

Enligt Scott (2010) bör behandlingen särskilt fokusera på de symtom som utgör de starkaste kännetecknen på ett förestående återfall, som patienten är medveten om, som hon kan undvika samt är de mest kännbara. En majoritet av bipolära patienter har en förmåga att känna igen tidiga symtom som leder till ökad risk för utvecklande av depressiva och maniska episoder (Goossens et al., 2010; Jackson et al., 2003; Lam et al., 2001; Scott, 2010). Dessa tidiga symtom är ofta ett tecken på att man är på väg in i en svårare fas och att det krävs olika insatser som förhindrar utvecklandet av en affektiv sjukdomsperiod. Däremot har man sällan observerat att också andra stressfaktorer eller händelser kan ha en utlösande inverkan (Scott, 2010).

I figur 3 nedan redovisas tidiga tecken vid depression, hypomani och mani. Vid mani är de vanligast förekommande symtomen förhöjd aktivitetsnivå, minskat sömnbehov, ökat socialt behov, rusande tankar och förändrad social funktionsnivå; vid depression är det förlust av intresse, oförmåga att skjuta oro åt sidan, bristande energi, sänkt sinnesstämning, sömnstörningar samt förändringar i tankeverksamhet och social funktionsnivå (Goossens et al., 2010; Lam och Wong, 2005). Vidare har man registrerat tidiga symtom mer frekvent vid mani än vid depression; bl.a. har man noterat att patienterna har svårare att upptäcka depressiva sådana



(Lam et al., 1999; Scott, 2010). Ofta är de symtom som den enskilde uppvisar under den prodromala fasen likartade vid varje återfall (Lam et al., 1999; Scott, 2010).

<b>Tidiga tecken på depression</b>	<b>Tidiga tecken på hypomani och mani</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Depression eller nedstämdhet</li><li>• Känsla av ledsenhet och gråtmildhet</li><li>• Oförmåga att skjuta oro åt sidan</li><li>• Energi- och orkeslöshet</li><li>• Låg motivation och inget känns roligt</li><li>• Koncentrationssvårigheter</li><li>• Sömnstörningar och svårigheter att komma upp på morgonen</li><li>• Avsaknad av intresse för människor och aktiviteter</li><li>• Negativa tankar</li><li>• Självordstankar</li><li>• Låg självkänsla</li><li>• Viktminskning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Minskad sömn</li><li>• Förhöjd aktivitetsnivå</li><li>• Ett mer målinriktat beteende</li><li>• Känslomässig förhöjning</li><li>• Rusande tankar</li><li>• Idéer som avlöser varandra i rask takt</li><li>• Disträherbarhet</li><li>• Ökat behov av sällskaplighet</li><li>• Mer pratsam</li><li>• Känsla av kreativitet</li><li>• Känsla av skarphet</li><li>• Irritation</li><li>• Tilltagande optimism</li></ul>

Figur 3. Tidiga symtom vid depression, hypomani och mani (Lam et al., 1999).

Vid manier rapporteras oftare symtom som har med patienternas beteende att göra som t.ex. mindre sömn, målinriktat beteende och ökat socialt behov än som har med deras kognitioner att göra t.ex. rusande tankar, tilltagande optimism och irritation (Alatiq et al., 2010; Lam et al., 1999 och 2001). Några liknande fynd har inte rapporterats vid depression. Däremot utgörs depressiva symtom av beteendeariktade, kognitiva och somatiska sådana (Lam et al., 2001).

Prodromala symtom uppträder oftast i ett tidigt skede av återinsjuknande. Att efter en sjukdomsperiod och tillsammans med patienten och dennes närstående kartlägga och konstruera hur den prodromala fasen vid återfall kan se ut är betydelsefullt i arbetet med att förebygga framtida depressiva och maniska episoder (Goossens et al., 2010). Enligt Lam och Wong (1997) uppvisar de patienter som känner igen och har lärt sig att hantera prodromalsymtomen en bättre social funktionsnivå än de som inte gör det.

#### **1.4 Dysfunktionella antaganden och beteenden**

Redan i Becks ursprungliga kognitiva modell (Scott, 2004) utgår man från att depressiva tillstånd förstärks av ett tankemönster som bekräftar humörsvängningarna. En deprimerad person har ett negativt sätt att se på sig själv, omgivningen och framtiden. Den kognitiva sårbarheten handlar om dysfunktionella, underliggande övertygelser som ”jag är oälskad” och ”jag är inkompetent”. Trots att den maniske patienten har ett positivt synsätt på sig själv, omgivningen

och framtiden, uppvisar hon samma dysfunktionella antaganden som den deprimerade. Orsaken är att dessa vidmakthålls trots skiftningar i sinnesstämningen (Goldberg et al., 2008; Newman et al., 2002; Scott, 2004). Detta förklaras med att manin är en spegelbild av depressionen.

Bipolära patienter är ofta upptagna av det som är relaterat till deras självständighet och uppfattningen om att deras eget värde snarare bestäms av vad de åstadkommer än hur älskvärda de anser sig vara (Lam et al., 1999 och 2004). Dessa patienter är ofta perfektionister som är på gång och med övertygelser som förstärker dessa tankar och beteenden. De har en mer skör och instabil självkänsla, en högre grad av dysfunktionella attityder framför allt relaterade till socialt gillande, perfektionism och självbiografiska minnen som beskrivs i termer av starka och överdrivna generaliseringar samt en sämre problemlösningsförmåga (Lam et al., 2004; Scott, 2004). Vid konceptualisering av bipolära tillstånd är det viktigt att beakta sådana övertygelser som handlar om behovet av att vara socialt attraktiv/åtråvärd, perfekt och självständig samt antaganden som präglas av ett katastroftänkande och en sårbarhet för negativ respons från andra (Alatiq et al., 2010; Scott, 2004). Den deprimerade bipolära patientens förutfattade, negativa och automatiska tankar domineras av förluster och misslyckanden. De ser sig själva som svaga, upplever att omvärlden är fylld av negativa händelser och ser dystert på framtiden (Scott, 2010). Vid hypomana och maniska tillstånd utgörs dessa tankar av en positiv skattning av hennes förmåga (Lam et al., 1999).

Kramer et al. (2009) delar in patienter med bipolär sjukdom i två grupper: den känslomässigt kontrollerande och den relationsmässigt kontrollerande. Positiva tillvägagångssätt definieras i den känslomässigt kontrollerande gruppen som ”att ta hand om sig själv” och ”tycka om sig själv”; i den relationsmässigt kontrollerande gruppen som att ”förverkliga sig själv”, ”vara en verkställare”, ”söka efter hjälp” och ”vara nära”. Negativa tillvägagångssätt definieras i den känslomässigt kontrollerande gruppen som att ”undvika att bli skadad”, ”undvika negativa känslor”, ”undvika konflikter” och ”undvika avsiktligt svåra händelser”; i den relationsmässigt kontrollerande gruppen som att ”undvika att förlora andra”.

Dessa resultat är att jämföra med den forskning som diskuterar och analyserar förståelsen av begreppen beroende och självständighet utifrån ett bipolärt perspektiv. Patienter med en hög grad av beroende förefaller vara mer sårbara för affektiva sjukdomar när de konfronteras med interpersonella svårigheter och förluster, medan de som uppvisar en hög grad av självständig-

het förefaller vara mer sårbara när deras känsla av frihet och skapande är hotad (Hammen et al., 1989). Det finns också ett samband mellan en hög grad av beroende och övertygelser om att vara oälskad och övergiven (Scott, 2004). Av den anledningen kan man förvänta sig att patienter som har ett ovanligt stort behov av interpersonell anknytning är särskilt sårbara för avvisande och att de därför upplever osämja och förluster som personliga katastrofer. På ett liknande sätt finns det ett samband mellan en hög grad av självständighet och antaganden som innefattar inkompetens och ofullständighet.

## **2. Syfte och frågeställning**

Den påverkan som den bipolära patientens beteenden utsätts för utgörs inte bara av externa faktorer utan också av inre kännetecken som avsikter, motiv, övertygelser om jaget, vad som leder till olika ageranden samt uppfattningar som överensstämmer med grundläggande antaganden. Hennes beteendemönster samverkar med olika planer, motiv, mål och behov som överensstämmer med frågan om vilket syfte, medvetet eller omedvetet, som ligger bakom individens beteenden och upplevelser. Antalet svar på denna fråga som handlar om patientens situation och samverkande beteenden, gör att terapeuten måste prioritera, strukturera och rangordna informationen i form av en analys.

Syftet med denna studie är att diskutera en modell för konceptualisering vid bipolära tillstånd. Studiens frågeställning är: *hur kan kognitiv konceptualisering av tidiga symtom och olika former av stress vara till hjälp i behandlingen av bipolär sjukdom*. Med kognitiv konceptualisering menas i denna rapport att klargöra sammanhanget mellan sårbarhetsfaktorerna, depressiva mönster, de utlösande kritiska händelserna och de vidmakthållande faktorerna. Vid besvarandet av frågeställningen utgår man från följande frågor: a) på vilket sätt kan insikt om tidiga symtom öka patientens förmåga att hantera stress, b) vad upplever patienten som stress och vilka former av stress är utlösande för sjukdomsperioderna, c) vilka strategier kan vara till hjälp för att undvika de depressiva och maniska episoderna samt d) hur påverkar patientens eget synsätt på sjukdomen risken för nya insjuknanden.

## **3. Metod**

Denna undersökning är utformad som en retrospektiv studie på så sätt att deltagarna i sitt berättande har utgått från tidigare sjukdomsperioder när de reflekterat över tidiga tecken på de-

pression och mani. Undersökningen har genomförts vid en psykiatrisk klinik med ett upptagningsområde som omfattar delar av mellersta Norrland under tiden 8 mars till 17 juni 2010.

### **3.1 Försökspersoner**

Valet av undersökningsgrupp har skett utifrån följande grunder. Inklusionskriterierna har varit att försökspersonerna: a) har diagnosen bipolär I, b) att de genomgår kontinuerlig behandling samt c) inte uppvisar några depressiva eller maniska skov vid tidpunkten för undersökningen. Exklusionskriterierna har varit: a) pågående missbruk, b) schizofrena och schizoaffectiva sjukdomar samt c) neuropsykiatriska tillstånd.

Undersökningsgruppen består av tre kvinnor och två män i åldrarna 43-62 år. Sin första kontakt med psykiatrisk klinik hade de för mellan fyra och fyrtio år sedan och behandlades då inom öppen- eller slutenvården. Efter tidigare förvärvsarbete är tre av dem sjukpensionärer på grund av bipolär eller somatisk sjukdom, en planeras att delta i rehabilitering och en har återgått i arbete. Tre av deltagarna är gifta eller sambo; de andra två är ensamstående. Fyra deltagare har vuxna eller hemmavarande barn.

Försökspersonerna har valts ut från den förteckning som finns över patienter som medicinerar med litium. Information om studiens syfte och dess genomförande har lämnats till deltagarna vid ett telefonsamtal och i enlighet med det som framgår av och finns redovisat under rubrikerna syfte och frågeställning, material och genomförande samt etiska överväganden. Vid detta tillfälle har de också fått besked om att anmälningsförfarandet till undersökningen antingen sker under detta telefonsamtal eller senare per post eller telefon; samtliga har dock anmält sitt intresse omedelbart. Av sex tillfrågade har fem tackat ja till att delta i studien.

### **3.2 Material och genomförande**

Grunden för informationsinsamlingen utgörs av en intervju med varje försöksperson. Aktuella frågor framgår av appendix 1. Utgångspunkten för dessa är studiens frågeställning samt de redovisade teorierna. Varje intervju har omfattat mellan 1,5 till 2 timmar. Intervjuerna har genomförts vid psykiatriska kliniken öppenvårdsmottagning. Samtliga intervjuer har spelats in på diktafon för senare utskrift. Ett uppföljande telefonsamtal har skett två till tre veckor efter intervjun, och där anteckningar har förts under samtalet. Syftet har varit att följa upp den information som framkommit vid intervjun med nya och kompletterande frågor samt förtyd-

liganden. En av deltagarna har inte varit anträffbar vid detta telefonsamtal, varför detta inte har kunnat genomföras. Övriga telefonsamtal har genomförts som planerat. Både intervjun och telefonsamtalet har haft formen av ett samtal där de intervjuade fritt har kunnat få besvara frågorna utifrån sin levnadsberättelse och sjukdomshistoria.

Insamlat material har kategoriserats i fem områden utifrån frågorna i kapitel 1: a) tidiga symptom vid depression, hypomani och mani, b) stress och stressfyllda händelser, c) tanke- och beteendemönster, d) copingstrategier samt e) compliance och stigmatisering.

### **3.3 Etiska överväganden**

Försökspersonerna har informerats om att deltagandet är frivilligt och anonymt. Sekretess har garanterats dem på så sätt att alla personuppgifter kommer att aidentifieras i den rapport som blir offentlig. Ett önskemål från flera deltagare har varit att få ta del av rapporten innan den offentliggörs bl.a. för att de ska vara säkra på att deras integritet och anonymitet garanteras. Rapporten kommer att överlämnas till de försökspersoner som önskar det, antingen personligt eller per post beroende på vad de väljer.

## **4. Resultat**

Nedan redovisas de data som framkommit under intervjuerna i en sammanfattande och beskrivande form följt av illustrerande och förtydligande citat. De data som valts ut innefattar olika riskfaktorer för nya insjuknanden i depressiva och maniska perioder samt utgör nyckelbegrepp i arbetet med konceptualisering av bipolära tillstånd.

### **4.1 Identifiering av tidiga symptom**

Ett vanligt problem som deltagarna beskriver är att de inte alltid är säkra på vad som är en ”normal känsla” eller vad som är inledningen till en depressiv eller manisk episod. Ett annat förekommande problem som beskrivs är hur man selektivt kan ignorera humörförändringar och övertyga sig själv om att inget är fel.

”Jag har varit så påhittig och hittat på saker. Är min person.//Vad är maniskt sjukt och friskt har jag tänkt.”

”När jag går uppåt mot manodelen, då tror man att man har kontroll.” ”Jag märker//det (när det) är för sent.//

Oftast tror jag att andra upptäcker (de hypomana och maniska symtomen) före mig.” ”Min (anhörig)//ser ju

på en gång (när jag blir depressiv).//Jag nonchalerar bara.” ”Jag erkände aldrig för mig själv att jag skulle drabbas av någonting.”

Efter flera sjukdomsperioder har samtliga deltagare en förmåga att identifiera tidiga tecken på depression och mani. Vid hypomani och mani redovisas följande symtom: förhöjd aktivitetsnivå, känslomässigt hög sinnesstämning, tilltagande kreativitet, rusande tankar, ökat idéflöde, ökad sällskaplighet, minskat sömnbehov, irritabilitet, ökad libido, ökad självkänsla och koncentrationssvårigheter. Vid depression redovisas följande symtom: nedstämdhet, energiförlust, bristande ork och kraft, förlust av intresse för människor och aktiviteter, försämrad tankeverksamhet, koncentrationsstörningar, viktnedgång, oro, negativa och mörka tankar samt självmordstankar. Även om deltagarna sinsemellan uppvisar variationer i sitt mönster av tidiga tecken, förefaller de i den enskildes fall vara likartade vid senare återinsjuknanden.

Om tidiga symtom vid hypomani och mani: "Uppvarvad och efter tre timmar(s sömn)//klarvaken." "Jag känner när det roterar här uppe." "Alla//tankar var så enkelt att genomföra." "Drog igång//saker." "Jag gör saker som jag vanligtvis inte gör." "Går på krogen." "Så kan jag säga till människor vad som helst. Totalt orädd." "Irritation upplevs) när (man) försökte stoppa mig."

Om tidiga symtom vid depression: "Det blir mer och mer (depressivt)." "Jag gör ingenting." "Jobbigt och träffa folk." "Under en månads tid känner man att man håller på att tappa (fot)fästet och vikten." "Fungerade inte i huvudet på mig (när jag skulle göra olika sysslor)." "Självmordstankar fanns där//hela tiden."

Av beskrivningarna av symtombilden framgår att det är svårt att bestämma var prodromal fas slutar och övergår i en depression, hypomani eller mani. Vid depressioner förklaras denna svårighet med den gradvisa försämring som sker gällande nedstämdhet och orkeslöshet; vid manier förklaras detta med ett undvikande av aktuell symtombild. Ett annat problem som framkommer är att tidiga symtom ofta beskrivs på ett liknande sätt som senare depressiva och maniska symtom, dock med mindre intensitet.

"Då mår jag så bra (talar om tidiga tecken på mani). Då kan ingen stoppa mig." "Hade börjat få kännning (av tidiga tecken på hypomani eller mani)//svårt att sova//jobbade på." "(Märker) inte direkt från början (att jag håller på att bli manisk)." "Allt är så lätt (vid hypomani och mani)." "Du blir mer och mer nere (om tidiga symtom vid depression)." "Det gör jag (känner nedstämdhet som tidigt tecken vid depression)." "Jobba mycket men fick inget gjort till slut (om tidiga tecken på depression)." "Jag hade ingen ork till något (om depressiva symtom)."

Flera deltagare beskriver hur symtomen "bara finns där" innan de hinner vidta åtgärder i syfte att lindra, hämma eller skjuta upp dessa. Andra berättar om hur symtomen kommer smygande och att de saknar förmåga att vidta åtgärder innan depressionen eller manin är en realitet. Vidare framkommer att symtomen kan tillta respektive minska med omgivningens reaktioner. Deltagarna beskriver också hur deras selektiva tankar, känslor och beteenden förstärker symtombilden och kan påskynda övergången till en depression eller mani.

”Jag märker inte när jag blir (manisk).” ”För mig var det bara att tömma ur allt (talar om en depressiv period).” ”När du till slut inte orkar.//(Går) lite sakta, inte så fort (neråt) (talar om gradvis försämring vid depression).” ”Då är jag förälskad. Så har jag kickat igång//allt inför (sommaren).//(Anhöriga) sa: du måste göra så (talar om en manisk period).” ”Till slut mådde jag riktigt dåligt (var deprimerad)//kände att något var fel.”

## 4.2 Olika stressfyllda händelser som riskfaktorer

Med tiden har deltagarna förstått och lärt sig att någon form av stress har medverkat till det första insjuknandet – och även senare insjuknanden. Fyra av deltagarna ser ett tydligt samband mellan inträffade händelser och det första skovet som i deras fall omfattade maniska symtom. Tre av dem redogör för hur inträffade livshändelser som förluster av betydelsefulla personer och förlust av arbete samt interpersonella händelser som brutna relationer lett till den första maniska episoden; två av dessa berättar också om hur andra samtida stressrelaterade faktorer i hemmet eller på arbetet också hade en utlösande inverkan. En annan säger att orsaken till det första maniska skovet var stress på arbetet och oro för ekonomin. Ytterligare en annan, som inte kan ange någon specifik händelse eller liknande som utlösande faktor till det första insjuknandet, hänvisar till symtombilden vid hypomani och mani.

”Just de här två (förlusterna).//För mycket då.//Jag, vi hade (dessutom) separerat, jag och (flickvännen).”  
”Vart uppsagd (från jobbet).” ”Det var 50 % (arbete) och då måste man jobba 50 % till. Så (då) arbetade jag också på (benämner arbetsplatsen).//Jag blev så stressad att jag skulle få inkomster.” ”Första utbrottet//fruktansvärt jobbigt runt (sonen).//Då hade jag långvarig sömnbrist.//Han var så sjuk.” ”Alltid jobbat hårt, (det var) ett av problemen som det här ledde till.” ”(På fråga om man var känslig för något eller ser någon stress eller händelse i livssituationen som utlösande för det första insjuknandet). Nej, det kom bara av sig själv.”

Deltagarna har varierande insikt om vad som kan ha varit utlösande faktorer vid senare maniska episoder. Två av deltagarna berättar att dessa händelser omfattar samma teman och stressfaktorer som vid det första skovet, nämligen förluster och/eller påfrestningar i hemmet eller på arbetet. En annan, som säger att hon har svårare att identifiera utlösande faktorer vid senare manier, uppger att skoven är årstidsbundna. Ytterligare en annan beskriver att symtombilden i sig själv är en utlösande omständighet i form av en successivt förhöjd sinnestämning och aktivitetsnivå. Vid depression är orsakssambandet mellan episoderna och utlösande faktorer inte lika tydligt. En förklarar att depressionen är en reaktion på bristande ork efter upplevt maniskt skov samt medvetenheten om konsekvenserna från detta. En annan berättar att orsaken är utmattnings. Ytterligare en annan säger att symtombilden i sig själv är den utlösande faktorn i form av en sakta tilltagande depression. Två av deltagarna förnekar att de skulle ha upplevt några depressiva episoder, även om exempel ges.

”Chefen sa: Du får inte komma tillbaka (talar om ett maniskt skov).” ”Blev stressad till max när jag arbetade som (benämner yrket) (talar om ett maniskt skov).” ”Så har jag/kickat igång (olika aktiviteter).//Lär känna några nya (personer), de vill ha hjälp med kontakter, drar igång (nya kreativa aktiviteter) (talar om ett maniskt skov).” ”(På arbetsplatsen) var det inte stressigt. Hade jättebra tider.//Kom ändå (talar om ett maniskt skov).” ”Bort, bort... Sen kan du inte fatta hur man har betett sig (under maniska faser). Då blir jag deprimerad.” ”Försökte komma igång med saker. Så kom det depressiva.” ”I oktober kommer (de maniska skoven).”

Av deltagarnas berättelser framgår att det finns ett samband mellan livshändelser och avbrott i den dagliga rytmen. De redovisar också hur andra faktorer i livssituationen och personliga ageranden förstärker risken för återfall; hur olika interpersonella, miljömässiga, sociala och farmakologiska faktorer påverkar symtombilden. I deltagarnas fall har detta handlat om befarade eller verkliga ekonomiska svårigheter, misskötsel av barn, problem i relationer till livskamrat eller andra personer, otrohet, anhörigas och egna sjukdomar, förlust av status och prestige samt rädsla för upprepade sjukdomstillfällen. Inte sällan har deltagarna upplevt en kombination av nämnda stressfaktorer. Noteras bör att deltagarna inte beskriver dessa faktorer som de enda utlösande orsakerna till depressiva eller maniska skov utan mera i termer av upplevd stress i vardagen eller i kombination med andra särskilda livshändelser.

”Om jag jobbar för hårt/får jag problem med sömnen.” ”Sen kom det både grodor ur honom och mig.” ”Göra alla de här sakerna//med dålig ekonomi.//Det var en enorm belastning.” ”Det enda jag tycker om att göra är att läsa eller att se på TV.” ”Vid ett tillfälle drack (jag) ganska mycket vin.” ”Vägrade (ta litium) i början.” ”Hade jag fått rätt behandling//hade jag haft jobbet kvar.” ”Och skit nu i juni brukar (skoven) komma.”

### **4.3 Egna tanke- och beteendemönster som riskfaktorer**

Deltagarna menar att deras agerande och reaktionsmönster spelar en roll vid risken för återfall. Vidare betonas den personliga mening och betydelse som livshändelsen har för just henne.

”Skulle prestera så mycket (på jobbet). Bättre och bättre, mer och mer.//Skulle vara bäst, klå de andra. Jag blev så uppskruvad.” ”Någonting har drivit mig//vill visa någonting...duktig.” ”Tjäna bra med pengar och allt möjligt. Det är inte fel. Så kan man leva värdigt.” ”Tror t.o.m. att jag var rädd för henne, jag var inte rädd för henne.//Kände att jag inte dög åt henne.” ”(Andra) har ekonomi och så.//Jag känner att jag inte duger... jag vet att jag duger.” ”Största problemet när du är som sjukast//inte veta vad (man får för arbete sen).” ”(Vid depression) tror man sig inte klara någonting. Du tappar allt självförtroende.” ”Det är ju så att jag (utför kreativa sysselsättningar). För det är mina intressen som jag tycker är kul...som jag går igång på...mår bra (av).”

Deltagarna säger att när de är deprimerade så undviker de andra människor. När de är hypomana eller maniska så söker de sig till olika relationer och inte sällan obekanta människor. Av



citaten ovan framgår att deras maladaptiva antaganden handlar om behovet av att vara gillad (rädslan för att vara ogillad av andra), älskvärd, socialt attraktiv, självständig, perfekt samt att kunna kontrollera sina liv. Vilka av dessa problematiska mönster som deltagarna uppvisar varierar sinsemellan. En uppvisar en kombination av sårbarhet inför rädslan att inte vara gillad och inte vara socialt attraktiv, en annan inför rädslan att inte vara gillad och inte vara perfekt samt en tredje inför rädslan att inte vara gillad och inte kunna kontrollera sitt liv. Av berättelserna framgår att i vilken grad som deltagarna beskriver dessa problematiska mönster som en förstärkare av de negativa förklaringarna till de utlösande faktorerna vid sjukdomsperioderna varierar, även om de innehåller fragment av nämnda dysfunktionella övertygelser.

Vid depressiva tillstånd handlar de negativa, automatiska tankarna i olika situationer om misslyckanden och förluster. Deltagarna beskriver sig själva som ”små” och svaga, upplever en omvärld präglad av krav, motgångar och negativa händelser och en framtid som är svår eller dystert. De beskriver också hur detta påverkar deras livskvalitet på ett negativt sätt då de mår dåligt och är orkeslösa med följden att de inte klarar av vardagliga aktiviteter. Vid hypomana eller maniska tillstånd omfattas de automatiska tankarna i stället av en orealistisk, positiv uppskattning av deras förmågor. Deras uppfattning är att även detta påverkar livskvaliteten: dels på ett positivt sätt när de mår bra och kan göra saker, dels på ett negativt sätt då deras ageranden leder till konsekvenser som medför skam- och skuld känslor. Någon tydlig koppling mellan de dysfunktionella tankarna och tidiga symtom görs inte av deltagarna.

Vid depression. ”Jag duger inte.” ”Du (läs jag) känner dig (läs mig) onödig.” ”Tror man sig inte klara av något.” ”Orkar inte.” ”(Ställ) inga krav på mig.” ”Ja, det gör jag (känner mig nedstämd).” ”Vad lever jag för.”  
Vid mani: ”Jag skulle vara bäst.” ”Man har kontroll.” ”Tror//att det inte är så farligt.”

#### **4.4 Bra och dåliga strategier vid hantering av återfall**

Deltagarna använder sig av både bra och dåliga copingstrategier för att kunna hantera tidiga symtom vid depression och mani. Exempel på bra strategier vid manier är att modifiera överdrivna beteenden och avhålla sig från dessa, ingå i lugna aktiviteter, ta sig tid till vila och sömn, besöka läkare eller annan behandlare, ta ordinerad medicin, prioritera och reducera antalet uppgifter samt ha tid för annat än arbete; exempel på dåliga strategier är att fortsätta i samma höga tempo och ta på sig fler uppgifter, känna sig tillfredsställd med den förhöjda sinnestämningen, ge sig ut och spendera pengar, fylla varenda minut på dygnet med aktiviteter samt konsumera alkohol. Exempel på bra strategier vid depressioner är att försöka vara organiserad och aktiv, använda sig av socialt stöd, distrahera sig från negativa tankar genom att

göra saker, bibehålla rutiner samt besöka läkare eller annan vårdpersonal; exempel på dåliga strategier är att vara sängliggande och hoppas att det ska vara övergående, göra ingenting, ta ”extra” medicin samt undvika social kontakt.

Bra och dåliga strategier vid hypomani och mani: ”Har dragit ned på allt.” ”Skulle jag jobba mer, skulle man ta på sig mer jobb.” ”Känner jag behöver koppla av en stund.” ”Ätit litium hela tiden.” ”Då följer jag (bara) med.” ”Går jag på (uteställen).” ”Tycker att det är skönt att vara (manisk).” ”Det ska hända saker hela tiden.” Bra och dåliga strategier vid depression: ”Jag funkade inte...mådde dåligt (talar om varför en vän fick skjutsa henne till sjukhuset).” ”Försökte behålla rutinerna//kom upp varje morgon,...åt frukost, gick ut och gick.” ”(Har) absolut inga strategier.//Blir att man struntar i allting.” ”Nej, vill inte ha någon hjälp att komma igång. Det blir ett krav.” ”Tiden får värka ut.” ”Vägrade (medicinsk behandling) i början.”

Alla beskriver hur tidiga tecken på depression och mani påverkar deras sociala funktionsnivå. Vid manier berättar deltagarna om hur ökad exponering för allmänheten, förhöjd sinnesstämning, ökat målinriktat beteende, strävan efter deltagande i förnöjsamma aktiviteter, irritation och grandiosa idéer omedelbart eller på sikt leder till konsekvenser på olika områden som relationer, sysselsättning och ekonomi. Vid depressioner berättar de om hur tillbakadragande, hopplöshet, mörka tankar, ekonomiska svårigheter, problem i partnerskap, förlust av status och rädsla för nya sjukdomsperioder påverkar deras funktionsnivå på ett negativt sätt.

Om hypomani och mani: ”Lärde känna nya (obekanta personer).” ”Går på (spelställe).” ”Då håller jag på med affärer.” ”Kunde jag bli lite sarkastisk om folk inte hängde med i mina tankebanor.” ”(Anhörig) lever hellre med mig när jag är lite deppig.” ”När jag blir sjuk kan jag bli arg.”

Om depression: ”Skulle (egentligen) kunna göra jättemycket om jag är hemma så här.” ”Hon (talar om en författare som skriver om sin bipolära sjukdom) har samma förtvivlan när hon blir deprimerad.” ”Kommer att ramla ner där nere, //inte träffa någon, //...inget någonting.” ”Jag skulle vilja ha sjukersättning för jag orkar inte arbeta.” ”Det far en rädsla liksom...går omkring och har den här rädslan...jag måste leva här och nu.”

Flera av deltagarna säger att tiden mellan sjukdomsperioderna är relativt stabila och att det är svårt att påverka dessa. De beskriver också manin som att den underhåller sig själv och att depressionen är som en nedåtgående spiral. På frågan om vilken hjälp som deltagarna önskar vid framtida affektiva episoder hänvisas i första hand till den medicinska behandling som redan pågår. Önskemål om andra förebyggande behandlingsåtgärder finns. Samtalsterapi efterfrågas. Funderingar på hur man skulle kunna hantera den stigmatisering som finns hos allmänheten och patienten själv gällande sjukdomen diskuteras. Betydelsen av ett gott socialt nätverk framhålls liksom att relationen till vårdpersonalen präglas av tillit och respekt.

”Man måste kunna lita på sin läkare.” ”Jag vill inte släppa (behandlings)kontakten.//Om jag drabbas av något så har jag den kvar.” ”(Att veta vem kontaktpersonerna är) tror jag är viktigt.” ”Efterarbetet (ska) finnas. Man

ska inte behöva bli sjuk helt för att få kontakt.” ”Samtalshjälp//som får mig på rätt väg (efterfrågas).” ”Man kan lära sig mer om tidiga tecken.” ”(Om att folk tassar på tå när man blir sjuk). Det skulle hjälpa mig mycket om (anhöriga) också prata om det.” ”(Vid återfall) vill jag mötas av en människa//som får mig att inse att jag är dålig//som har tid med mig.” ”Vet inte om jag accepterat... om det är en kronisk sjukdom.”

## **5. Diskussion**

Resultatet från denna studie visar att konceptualisering av tidiga symtom och stressfaktorer har en gynnsam påverkan för utfallet av behandling vid bipolär sjukdom. I de fall patienten återinsjuknar beror det bl.a. på att tidigare livshändelser och sjukdomsmönster återkommer. För att patienten ska kunna välja ett nytt förhållningssätt krävs att hon får reella valmöjligheter baserade på en kartläggning av och kunskap om vilka sårbarhets- och stressfaktorer som hon är särskilt känslig för och som upprepas i hennes liv.

### **5.1 Att bli sin egen expert på tidiga symtom**

När deltagarna ombeds identifiera tidiga symtom vid bipolär sjukdom nämner de två svårigheter. Den första handlar om att känna igen den prodromala fasens slut och övergången till en fullt utvecklad depression eller mani. I denna studie och tidigare forskning (Scott, 2010) framgår att vid depressioner beror detta på den gradvisa försämring som sker av symtombilden ofta under loppet av flera veckor eller månader. Vid manier menar Lam et al. (1999) att detta är ett mindre problem då episoden inte sällan uppträder akut; detta varken bekräftas eller dementeras i denna studie. I stället pekar man på en specifik orsak till varför det skulle kunna vara svårt att skilja mellan tidig och sen fas vid mani nämligen ett förnekande eller undvikande av aktuella symtom. Svårigheten att i tiden kunna särskilja prodromal fas från senare affektiv episod kan också vara förklaringen till att patienterna beskriver tidiga symtom på ett kvalitativt liknande sätt som senare symtom. Den andra svårigheten handlar om nödvändigheten av att man identifierar de tidiga symtom som är karaktäristiska för patienten. Av studien framgår att deltagarna mer sällan har fått möjlighet att förankra tidiga symtom i ett meningsfullt och personligt sammanhang - något som går stick i stäv med vad flera forskare menar är nödvändigt om man ska kunna identifiera och hantera tidiga symtom konstruktivt (Lam et al., 1999).

En annan fråga som deltagarna tar upp är var gränsen går mellan normala humörsvängningar och de som upplevs under prodromala stadier. Hos patienterna finns en oro för att normala svängningar ska leda till depressiva och maniska episoder. Det som framgår av studien är att

deltagarna glömmet bort att humöret bara är ett av flera tidiga tecken vid depression och mani. Humörförändringarna beskrivs i stället som isolerade företeelser, utan att man söker efter ett mönster av symtom eller att de relateras till yttre händelser.

Resultatet från denna studie sammanfaller med tidigare forskning om att patienter med bipolär sjukdom själva kan identifiera tidiga symtom (Goossens et al., 2010; Lam et al., 1999; Lam och Wong, 2005; Scott, 2010). De tidiga tecken som presenteras i denna undersökning överensstämmer i stort med vad som framgår av de redovisade studierna inom detta område. Detta gäller också uppgiften om att den enskilde patienten uppvisar återkommande och varaktiga mönster av tidiga symtom vid nya sjukdomsperioder. Precis som tidigare forskning har visat framkommer också i denna studie att prodromala symtom inte enbart orsakar ökad risk för stress utan att det också innebär en större risk för återfall i en depressiv eller manisk episod.

*Slutsats: Även om patienten kan identifiera tidiga symtom vid bipolär sjukdom, krävs att dessa kan särskiljas från de som uppvisas under senare depressiva och maniska perioder om syftet med behandlingen är att dessa ska gå att kontrollera, hantera och balansera.*

## **5.2 Att bli sin egen expert på stressfaktorer samt tanke- och beteendemönster**

Enligt patienternas övertygelser och antaganden utgör känslorna snarare än tankarna sanningen. Inom den kognitiva psykoterapi skulle detta fenomen beskrivas som en konflikt mellan det emotionella d.v.s. det som vi känner är sant och det rationella d.v.s. det som vi vet är sant. Som kognitiv beteendeterapeut bör man därför ställa sig frågan: varför är patientens negativa tankar sanna. Svaret på frågan utgör nämligen en förklaring till varför vi som behandlare behöver hjälpa patienten att hantera sina trauman och förluster.

Bipolär sjukdom är alltså vid sidan av den biologiska sårbarheten ett resultat av ett antal olika stressrelaterade riskfaktorer (Scott, 2010). Negativa livshändelser som förluster är en form av stress: jobb som man fått lämna och svårigheter att få en ny anställning, förlust av partner eller närstående, förlorad kontakt med familj och vänner samt framtidsplaner och andra saker som är svåruppnåeliga och måste uteslutas på grund av sjukdomen. Även om deltagarna har svårt att se att positiva händelser som att flytta hem och få ett nytt jobb kan vara lika stressfyllt som negativa händelser på grund av avbrott i sociala rutiner finns exempel på det. Detta gäller även andra positiva händelser som födelsedagar, semester och annan ledighet samt per-

sonliga ageranden som användande av alkohol som också kan ge upphov till stress. Svårigheter att fullfölja sina professionella och privata åtaganden åtminstone under en period är exempel på andra förluster.

Även om det inte är den enda orsaken spelar de teman som omfattas av innehållet i de dysfunctionella övertygelserna och de negativa, automatiska tankarna en central roll vid bipolära tillstånd (Scott, 2004 och 2010). Av deltagarnas berättelser kan man dra slutsatsen att dessa antaganden och tankar ständigt är närvarande i situationer som berör dessa teman och som samverkar med sjukdomen (Lam et al., 2004). Inte sällan handlar dessa övertygelser både i denna studie och tidigare forskning om misslyckanden och negativa uppfattningar om andra (Alatiq et al., 2010). Även om deltagarna kan ge en beskrivning av sjukdomsmönster och utlösande faktorer vid sjukdomsperioderna samt sina ageranden och reaktioner, saknar de ofta en djupare insikt om vad i deras beteende, tänkande och humör som gör att de går in i en depression eller mani.

Enligt Lam et al., (1999) beskriver sig patienterna, så även i denna studie, på följande sätt. Det första är med ett förnekande av sjukdomen. Det andra är med den "helhjärtade" acceptans som de visar för den medicinska behandlingen. Det tredje är en beskrivning av problemen i termer av yttre faktorer. Detta gör att trauman och olika former av stress ges en mera socialt accepterad förklaring. På en gång är det till hjälp att acceptera dessa förklaringar som också patienten föredrar samtidigt som de fungerar som ett skydd av självkänslan. För att inte gå i maskopi med andra mindre effektiva behandlingsformer och då inga terapeutiska insatser kan göra dessa förluster ogjorda, måste syftet snarare vara att hjälpa dessa patienter att anpassa sig till de förändrade omständigheterna.

*Slutsats: Med hjälp av en livskarta som beskriver patientens bakgrundshistoria, olika stressfaktorer, livshändelser, övertygelser om sig själv och andra samt sjukdomsmönster skulle man kunna ge en förklaring till varför hon är sårbar för en bestämd form av stress d.v.s. varför hon uppvisar frustration över saker som hon gör eller relationer som hon ingår i.*

### **5.3 Att bli sin egen expert på copingstrategier**

En beskrivning som patienterna har av sig själva och behandlingen är den acceptans som visas för den begränsade medicinska modellen, vilket dock har sina nackdelar. Å ena sidan är det en

förklaring av att dåliga, dysfunktionella beteenden utgör en ursäkt för att inte ta ansvar för dessa. Å andra sidan leder det till en omfattande pessimism beträffande den enskildes reella färdigheter och de begränsningar av jaget som sätts upp.

Det finns en om än begränsad evidens för att hur personer reagerar på olika former av stress och vilka copingstrategier som de använder sig av har betydelse för vid vilken ålder som det första insjuknandet sker (Scott, 2010). Av denna studie framgår att de maladaptiva, underliggande övertygelser som de har om sig själva, andra och framtiden har betydelse för hur individen tänker, känner och reagerar i situationen samt vilka copingstrategier som används. Ett positivt samband redovisas mellan god insikt om hur symtom och utlösande händelser samverkar med de tanke- och beteendemönster som patienten har utvecklat och användande av bra strategier. Ett negativt samband redovisas mellan begränsad insikt om hur symtom och utlösande händelser samverkar med tanke- och beteendemönster som hon utvecklat och användande av dåliga strategier. Enligt resultatet från denna studie och tidigare forskning finns också en koppling mellan mani och användande av dysfunktionella strategier i syfte att reglera de negativa känslorna (Thomas et al., 2007). Vid förhöjd sinnesstämning tror patienterna att de ska använda sig av strategier som engagemang och aktivitet, vilket utgör en riskfaktor för återfall i mani (jfr Alatiq et al., 2010). Vid sänkt sinnesstämning uppvisas en ambivalens och ett ältande gällande tilliten till andra människor samtidigt som det finns en förväntan att relationen och beroendet till andra ska göra att de känner sig positiva och glada, vilket utgör en riskfaktor för återfall i depression (jfr Alatiq et al., 2010).

Kognitiv beteendeterapi överensstämmer väl med idéerna om självstyrning, då dess grund är att lära patienten färdigheter så att hon aktivt kan kontrollera och hantera sin sjukdom. Kognitiv beteendeterapi är inte inriktad på att bedrivas när patienten är i en depressiv eller manisk fas utan i stället på att förebygga återfall. Terapins syfte är att man ska lära känna sin sjukdom, undvika situationer och stress som visat sig vara riskfaktorer, identifiera tidiga tecken på återinsjuknande samt återfå självförtroende och känslan av kontroll över sin sjukdom. Försvårande omständigheter utgörs av bristen på eller otydligt formulerade mönster av tidiga tecken och som inte heller har placerats in i ett för patienten meningsfullt, socialt sammanhang.

Som framgår av denna studie, och tidigare forskning (Lam et al., 1999), är förmågan att kunna hantera tidiga maniska symtom framför allt viktigt vid fastställande av den sociala funktionsnivån, då dessa kan ha en skadlig inverkan på bl.a. relationer, arbete, hemförhållanden

och ekonomi. Tidiga depressiva symtom kan också ha en inverkan på den sociala funktionsnivån och inom samma områden, men av mer privat natur. Om syftet är att patienten själv ska kunna hantera sjukdomen, behöver hon lära sig så mycket som möjligt om denna. Liksom tidigare forskning visar resultatet från denna studie att genom att lära ut användbara strategier så kan goda behandlingsresultat uppnås och återfall förebyggas (Lam och Wong, 2005).

*Slutsats: För att patienten ska ha reella möjligheter att välja copingstrategier krävs en medvetenhet om mönster av tidiga tecken, att dessa förankras i ett personligt och betydelsefullt sammanhang samt att insikt finns om hur dessa symtom samspelar med hennes tänkande, beteende och humör.*

#### **5.4 Compliance och stigmatisering**

Brist på compliance kan ha att göra med flera faktorer (Häggström, 2007):

- Svårigheten att som patient acceptera en livslång sårbarhet.
- Förnekande och psykologisk flykt från rädslan för nya insjuknanden samt den smärta och de psykosociala svårigheter som det kan innebära.
- Rädsla för att inte kunna leva ett normalt liv, få familj och barn, kunna arbeta.
- Svårigheter för familj och andra nära personer att förstå och acceptera sjukdomen.
- Svårigheter för familj, vänner och patient att förstå och hantera emotionella svängningar, vilket i sig kan sprida en känsla av hopplöshet i familjen.

Många patienter känner att deras status i samhället undergrävs av det negativa synsätt på psykisk ohälsa som allmänheten ger uttryck för. Av deltagarnas egna berättelser framgår att dessa förutfattade meningar ofta har ett negativt inflytande på patienten. Det framgår också att det inte är någon mening att lägga all energi på dessa föreställningar, då man ändå inte kan kontrollera dem. Detta innebär dock inte att man inte ska bearbeta denna stigmatisering. I stället bör man först fokusera på de förutfattade meningar som patienten har om sig själv och sin sjukdom och hantera den besvikelse som hon känner inför detta (Scott, 2010).

Av denna studie och tidigare forskning (Lam et al., 1999) framgår hur denna stigmatisering kan skapa olika relationsproblem men också svårigheter på områden som hem och arbete för den enskilde. Som en av deltagarna sa: om man blir erbjuden ett jobb ska man då informera arbetsgivaren om sjukdomen eller ska man hålla tyst med risken för att senare bli upptäckt för

att ha talat osanning. Stigmatiserade övertygelser hos andra innebär ett lidande för patienten. Stigmatiserade känslor leder till både depression och nedsatt funktionsnivå. Allmänhetens negativa tankar om psykisk sjukdom gör att man som patient tycker att man är fel och mindre värd jämfört med andra. Att man i värsta fall helt och hållet förnekar sin sjukdom.

En nyanserad uppfattning av bipolär sjukdom bestående av biologiska och psykosociala teorier med utgångspunkten i sårbarhets- och stressmodellen skulle erbjuda patienten en större känsla av att stegvis kunna reducera effekterna av sjukdomen och stigmatiseringen. Modellen skulle också kunna undvika den skarpa markeringen mellan hälsa och sjukdom till förmån för en analys av olika sårbarhets- och stressfaktorer. Ur stigmatiseringen växer skamkänslan fram. Diagnosen bipolär sjukdom måste döljas på grund av den oförmåga att förstå som normala andra uppvisar. Dessa identitetsfrågor som också omfattar självet är nödvändigt att ta hänsyn till liksom den lidandes förmåga att anpassa sig till den bipolära sjukdomen.

*Slutsats: Att man tar itu med stigmatisering är särskilt avgörande vid bipolär sjukdom då patienten internaliserar dessa förutfattade meningar och depressionssjukdomen intensifierar självtvivel och självkritik.*

## **5.5 Nya forskningsområden**

Denna studie omfattar flera begränsningar. För det första är antalet observationer få och resultatet därmed högst preliminärt när det gäller presenterad modell för konceptualisering vid bipolära tillstånd. För det andra genom att summera uppgifter från flera individuellt baserade konceptualiseringar till en prototyp riskerar man att andra viktiga data ignoreras och att uppgifter som inte är signifikanta för studiens syfte utelämnas. Resultatet från denna modell för konceptualisering som är baserad på individuella kliniska data blir särskilt användbar i behandlingssituationer med bipolära patienter när manualbaserade interventioner visar sin begränsning eller när den terapeutiska relationen inte fungerar.

Det är sällan som man använder sig av individualiserade fallbeskrivningar i det psykoterapeutiska behandlingsarbetet vid bipolär sjukdom - trots att fakta finns som visar att effekten av olika psykoterapeutiska interventioner ökar om man använder sig av denna sorts analys i behandlingsplaneringen. Med denna vetenskap krävs dock att fler kliniska studier görs inom detta område och med syftet att utforska olika modeller och nyckelbegrepp som konceptualisering



av bipolära tillstånd kan utgå ifrån för att man ska kunna optimera behandlingsplaneringen inkluderande införandet och användandet av manualbaserade behandlingsstrategier och förverkligandet av en skraddarsydd terapeutisk relation.

---

Begreppet Intet är centralt i Satres teori om människans existentiella livsvillkor (Börjeson, 1986). Med hjälp av hans teori skulle behandlingen kunna anges som att Intet är det av patientens liv som hon inte faktiskt levit. Symtomet är således ett uttryck för en viljehandling men också en protesthandling mot Varat. Om syftet med behandlingen är att åstadkomma en befrielse från Varat till förmån för Intet, är syftet med konceptualiseringen att lära känna patienten i den värld hon befinner sig, Varat.

Att introducera denna tanke som en förutsättning för de nya kriterier vid behandling av bipolära sjukdomar som presenteras i de nationella riktlinjerna från 2009 är detsamma som att ge Intet ett nytt innehåll i stället för en upprepning av ett okänt Varat. Att få ta del av patienternas rika erfarenheter och antaganden är som att få det signerat av den som vet bäst.

## **Appendix 1. Frågeinstrument**

### **Frågor till undersökningsgruppen vid intervju**

1. Berätta om dig själv; civilstånd, skola, arbete, fritid, ärftlighet etc.
2. När fick du diagnosen bipolär sjukdom?
3. Berätta hur din sjukdomsbild har sett ut under åren?
4. När upplever du stress? I vilka situationer?
5. Hur påverkas du av stress? Hur reagerar du på stress?
6. Hur märker du att du håller på att gå in i en depressiv, hypoman eller manisk period? Vilka är de tidiga symtomen (tecknen) på återfall?
7. Hur hanterar du situationen när du är på väg att gå in i en depressiv, hypoman eller manisk period? Strategier?
8. Har du sett något samband mellan det som du upplever som stress och depressiva, hypomana eller maniska perioder?
9. Vilken behandling har du fått? Vilken behandling får du?
10. Vilka är dina upplevelser av den behandling du fått? Medicinsk, psykologisk och psykoedukativ etc?
11. Vilken behandlingshjälp vill du ha vid nästa depressiva respektive maniska period?
12. Vad skulle du vilja ändra på i behandlingen av bipolära tillstånd?
13. Är det något ytterligare som du vill berätta?

### **Frågor till undersökningsgruppen vid telefonsamtal**

1. Kort summering av det som framkom under intervjun.
2. Förtydliganden och kompletteringar av fakta som framkommit under intervjun.
3. Vad har du tänkt på efter intervjun gällande behandling vid bipolära tillstånd?
4. Vad bör vi som behandlare beakta i kontakten med bipolära patienter?

## Litteraturförteckning

Alatiq, Y., Crane, C., Williams, J. M. G., & Goodwin, G. M. (2010). Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders*, 122, (2010), 294-300.

American Psychiatric Association. (1995). *MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.

Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. New York: The Guilford Press.

Börjeson, B. (1986). *Se människan*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Frank, E., & Vajk, F. (2002). Psychosocial treatments for bipolar disorder, ed Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (red). *A Guide to Treatments that Works*. Oxford: University Press, sid 263-275.

Goldberg, J. F., Gerstein, R. K., Wenzel, S. J., Welker T. M., & Beck, A. T. (2008). Dysfunctional Attitudes and Cognitive Schemas in Bipolar Manic and Unipolar Depressed Outpatients: Implications for Cognitively Based Psychotherapeutics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2008, Vol. 196, 207-210.

Goossens, P. J. J., Kupka, R. W., Beentjes, T. A. A., & van Achterberg, T. (In press, 2010). Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*.

Hammen, C., Elliott, A., Gitlin, M., & Jamison, K. R. (1989). Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific life events in patients with unipolar depression and bipolar disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 154-160.

Hägström, L. (2007). *Bipoläroboken. Nya rön och behandlingsstrategier för klinikern*. Stockholm: Janssen-Cilag AB.

Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. *Development of Psychopathology. A Vulnerability-Stress Perspective*, ed Hankin, B. J., & Abela, J. R. Z., sid 32-46. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.

Jackson, A., Cavangh, J., & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders* 74, (2003), 209-217.

Jamison, K. R. (1995). *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*. London: Picador.

Kramer, U., Berger T., & Caspar F. (2009). Psychotherapy Case Conceptualization Using Plan Analysis for Bipolar Affective Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65(4), 352-367 (2009).

Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P., & Bright, J. A. (1999). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. New York: John Wiley.

Lam, D. H., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.

Lam, D. H., & Wong, G. (2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review* 25, (2005), 1028-1042.

Lam, D. H., Wong, G., & Sham, P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychological Medicine*, 2001, 31, 1397-1402.

Lam, D., Wright, K., & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79, (2004), 193-199.

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar Disorder. A Cognitive Therapy Approach*. Washington: American Psychological Association.

Rosenberg, N. K., & Mörch, M. M. (2006). Kognitiv terapi. *Kognitiv terapi – modeller och metoder*, ed Mörch, M. M., & Rosenberg, N. K., sid 18-44. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Scott, J. (2004). Cognitive theory and therapy of bipolar disorders. *Cognitive Therapy Across the Lifespan*, ed Reinecke, M. A., & Clark, D. A., sid 40-59. Cambridge: University Press.

Scott, J. (2010). *Overcoming Mood Swings. A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. London: Constable & Robinson Ltd.

Scott, J., & Todd, G. (2002). Is there a role for psychotherapy in bipolar disorders? *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*, 2002, 1:22-30.

Thomas, J., Knowles, R., Tai, S., & Bentall, R. P. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 100, (2007), 249-252.