

Forord

Målet med denne hovedoppgaven har vært å få en innsikt i behandlingen ved bipolare lidelser. Temaet bipolare lidelser er omfattende og komplekst, og det var derfor også nødvendig å velge et hovedfokus, som ble psykososiale behandlingstilnærminger. Jeg har selv arbeidet med mennesker med bipolare lidelser, og opplevd hvordan mennesker har strevd med sitt liv som følge av lidelsen. Mange takk til veileder Roger Hagen for sin tålmodighet og strukturerte veiledning, og hjelp med å navigere igjennom prosessen med å skrive en hovedoppgave om et så innholdsrikt tema. Jeg har nå lært masse om bipolare lidelser og psykososiale behandlingstilnærminger, men også om hvordan man skriver en hovedoppgave. Jeg tar takknemlig med meg alle kunnskaper og erfaringer fra dette med meg videre.

Asker, 2015

Chanel Christin Thorsrud

Sammendrag

Bipolare lidelser er en kronisk, psykisk lidelse, karakterisert av episodiske store svingninger i humør, energi og aktivitet. Bipolare lidelser behandles ofte medikamentelt, men hvor medikamentell behandling ikke er en kur. Hovedfokuset i denne hovedoppgaven er en litteraturgjennomgang av effekten av psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser. De ulike psykososiale behandlingstilnærmingene omtalt er psykoedukasjon, interpersonlig og sosial rytme terapi, familiefokusert terapi og kognitiv atferdsterapi. Forskningen gjennomgått i denne hovedoppgaven viser en effekt ved bipolare lidelser på variablene bipolare symptomer, forebygging av nye bipolare episoder, og forebygging av innleggelse. Psykososiale behandlingstilnæringer ser ut til å redusere bipolare symptomer, episoder og innleggelse. Det anbefales at videre forskning undersøker hvilke komponenter i de ulike psykososiale behandlingstilnærmingene som gir en effekt, hvilke faser de ulike tilnærmingene bør tilbys pasienter, og også til hvilke pasienter de ulike behandlingstilnærmingene bør tilbys.

1. Innledning.....	3
1. 1 Bipolare lidelser	3
1.2 Symptomer og diagnosekriterier	3
1.3 Komorbiditet	5
1.4 Prevalens og forløp.....	6
1.5 Problemstilling	8
2. Behandling av bipolar lidelser.....	9
2.1 Kort om medikamentell behandling.....	9
2. 2 En kort introduksjon til psykososiale behandlingstilnærminger	10
2.3 Psykoedukasjon i gruppe (PE)	11
2.4 Effekten av psykoedukativ behandling	12
2.5 Interpersonlig og sosial rytmetterapi (IPSRT)	14
2.6 Effekten av interpersonlig og sosial rytmetterapi.....	15
2.7 Familiefokusert terapi (FFT).....	16
2.8 Effekten av familiefokusert behandling	18
2.9 Kognitiv atferdsterapi (CBT)	20
2.10 Effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT).....	21
3. Diskusjon.....	23
3.1 Bipolare symptomer	23
3.2 Innleggelse	25
3.3 Forebygging av nye bipolarer episoder	26
4. Konklusjon	27
5. Referanser.....	29

1. Innledning

1.1 Bipolare lidelser

Bipolare lidelser er en kronisk, psykisk lidelse, som kjennetegnes av store svingninger i humør, energi og aktivitet hos personen som lider av denne (Ødegaard, Syrstad, & Ødegaard, 2012a). Ordet bipolar betyr ”to poler” og beskriver to ytterpunkter, som her refererer til episodisk vekslning mellom depresjon og mani (Helsenorge.no, 2014). Mennesker med bipolare lidelser opplever svingninger som ikke kan forklares av livets opp- og nedturer. Svingningene ved bipolare lidelser behøver ikke å harmonere med personens livsomstendigheter (Ødegaard et. al., 2012a).

Som begrepet bipolare lidelser indikerer, finnes det ulike typer av denne affektive instabiliteten. Hovedsakelig deles bipolare lidelser inn i bipolar lidelse type I og bipolar lidelse type II (Fasmer & Ødegaard, 2012; Morken, 2012). Utover bipolar lidelse type I og II er det forskjellige synspunkter vedrørende hva som skal kalles bipolar lidelse, og hvor bredt det bipolare spektrum skal være (Baldessarini, 2000).

Bipolar lidelse type I er preget av episoder med mani og depresjon, mens bipolar lidelse type II er episoder med depresjon og en mildere form for mani, kalt hypomani. Episoder med en blanding av depressive og maniske symptomer forekommer også, kalt blandede episoder. Psykotiske symptomer kan også forekomme ved alvorlige episoder med mani eller depresjon, hvor vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner er tilstede (APA, 2013; WHO, 1992). Videre har personer med bipolare lidelser stemningsnøytrale perioder, såkalte eutyme faser (Judd et al., 2008).

Denne ”berg og dalbanen” av svingninger i humør, energi og aktivitet, får konsekvenser for autonomi, relasjoner, og akademisk suksess (Miklowitz, Biuckians, & Richards, 2006). Bipolare lidelser er forbundet med svekket psykososial fungering, som for eksempel en svekket kapasitet til arbeid, og manglende vedlikehold av sosiale relasjoner (Bowden, 2005; Judd et. al., 2008; Judd et al., 2005). Bipolare lidelser har av Verdens Helseorganisasjon, blitt rangert som på verdensbasis å forårsake mer uførhet enn kreftsykdommer og primære nevrologiske lidelser, slik som epilepsi og Alzheimers sykdom (Merikangas et al., 2011).

1.2 Symptomer og diagnosekriterier

Mennesker i en manisk tilstand har et svært hevet stemningsleie (Helsedirektoratet, 2012; Ødegaard, Høyersten, & Fasmer, 2012b). Ved mani er søvnbehovet mindre og aktivitetsnivået

høyere. Selvfølelse og selvtillit er bedre, noe som kan føre til en overvurdering av egen kapasitet og/eller valg som kan få negative konsekvenser. Å opptre ukritisk er derfor vanlig i en slik tilstand (Helsedirektoratet, 2012; Ødegaard et al., 2012b). Personer i manisk befinnende kan misbruke rusmidler i søken etter spenning og mangel på kritisk tenkning (Ødegaard et al., 2012b). Økt seksuell energi oppleves av mange (WHO, 1992). Rask tankegang, mange ideer, og hurtig tale er også typisk. Hurtighet i tankegang og tale fører ofte til at oppmerksomhet og konsentrasjonen svekkes, som igjen fører til distraherbarhet. Irritabilitet og utålmodighet er ikke uvanlig i en manisk tilstand, da andre mennesker oppleves som trege (Ødegaard et al., 2012b). Psykotiske symptomer kan også forekomme, hvor vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner er tilstede (WHO, 1992). Vrangforestillingene er ofte i samklang med den økte selvfølelsen, med tanker om å være spesiell eller å inneha spesielle evner. Mani er en tilstand som betydelig går ut over fungering. For å diagnostiseres med en manisk episode må tilstanden ha vart i minst en uke, eller mindre dersom innleggelse er nødvendig (APA, 2013; Helsedirektoratet, 2012; WHO, 1992). Ifølge ICD-10, skal det dersom det kun foreligger en manisk episode, og ingen forhistorie med affektive episoder, stilles diagnosen F30 Manisk episode (WHO, 1992).

Hypomani er en "lavgrads-mani". Tegnene er liknende de som er beskrevet ovenfor ved mani, men det forekommer ikke psykotiske symptomer eller tydelig svekkelse av fungering i arbeid og relasjoner. Stemningsnivået er lettere hevet, og aktivitetsnivå, produktivitet og sexlyst er økt. En større sosial selvtillit og pratsomhet er vanlig. Her sees også hurtighet i tanke og tale, utålmodighet, irritabilitet, og ukritisk atferd. Det kan være vanskelig å finne ro til avslapning eller å samle fokuset til å sette i gang med oppgaver. (Helsedirektoratet, 2012; WHO, 1992)

Siden hypomani er av lettere art er det derfor mer utfordrende å identifisere. Hypomani varer gjerne i noen dager, mens mani varer dersom ubehandlet i flere måneder (Fasmer & Ødegaard, 2012). Videre opplever mange hypomani som en positiv tilstand, og fastlege blir gjerne ikke kontaktet (Helsedirektoratet, 2012). En enkeltstående hypoman episode har koden F30.0 i ICD-10. Det er ikke enighet i minimums lengde på en hypoman episode, men de gjeldende krav er minst 4 dager (APA, 2013; Helsedirektoratet, 2012; WHO, 1992)

Depresjon karakteriseres av et senket stemningsleie, lite energi og mindre interesse for og glede av, tidligere lystbetonte aktiviteter. Tankehastigheten er nedsatt og konsentrasjonen svekket, noe som kan gjøre det vanskelig å kommunisere med andre. Mange strever med for lite eller for mye søvn, minket eller økt appetitt, og tretthet og utmattelse. Selvfølelsen og

selvtilliten er ofte lav. Det forekommer et ”negativt kognitivt skifte” som vil si at tankene er negative og oppmerksomheten rettes mot det som kan tolkes negativt i omgivelsene (Ødegaard et al., 2012b). Videre eksempler på slikt negativt kognitivt skifte er pessimisme, grubling, katastrofetenkning, og tanker om skyld. Tanker om døden er et vanlig depressivt tegn. Selvskading og suicidforsøk forekommer, og i verste fall suicid (Ødegaard et al., 2012b). Angst er også normalt ved depresjon, slik som sosial angst og tilbaketrekning. Smerteproblematikk er også ofte til stede. Gitt at en person kun har en depressiv episode og ingen tidligere episoder med depresjon eller mani, og varigheten er minimum to uker, kan ICD-10 diagnosen F32 Depressiv episode stilles (APA, 2013; Helsedirektoratet, 2012; WHO, 1992).

Mennesker med bipolar affektiv lidelse har flere episoder og eutyme perioder. For å diagnostiseres med bipolar affektiv lidelse type I, må personen ha hatt minst to affektive episoder hvor en av disse må være mani eller blandet episode. Da stilles diagnosen F31.0-F31.7 avhengig av hvilken tilstand personen er i. Ved bipolar affektiv lidelse type II må personen ha hatt minst en hypoman og en depressiv episode (men uten mani), og koden F31.8 benyttes uansett nåværende episode, hvor spesifisering av episode kan gjøres som tillegg. Fire eller flere episoder i året kalles en raskt svingende (”rapid cycling”) bipolar lidelse. Der det ser ut til at individet strever med symptomer relatert til bipolar lidelse men hvor kriteriene for bipolar type I eller II ikke helt oppfylles, kan kategorien uspesifisert bipolar affektiv lidelse benyttes. Dersom det ikke har forekommet noen episoder over flere måneder kan diagnosen F31.7, Bipolar lidelse i remisjon benyttes (Helsedirektoratet, 2012; WHO, 1992).

1.3 Komorbiditet

Komorbiditet refererer til samsykelighet som betyr å ha flere sykdommer samtidig, hvilket er vanlig hos mennesker med bipolare lidelser (Ødegaard et al., 2012b). Samtidige angstlidelser er hyppig, og er forbundet med tidligere debut av den bipolare lidelsen, lavere sannsynlighet for å bli frisk, dårligere fungering og livskvalitet, færre eutyme perioder, og større sannsynlighet for selvmordsforsøk (Simon et. al., 2004). Da dette preger såpass mange med bipolare lidelser er det foreslått et større fokus på behandling av angst i forsøk på ikke bare å behandle angstlidelsen, men også å lette den bipolare lidelsen og minske suicidalfare (Simon et. al., 2004). En annen vanlig komorbid tilstand er rusmisbruk (Cassidy, Ahearn, & Carroll, 2001; Simon et. al., 2004). Rusmisbruk hos mennesker med bipolare lidelser forverrer naturlig nok forløpet ved bipolare lidelser (Cassidy et al., 2001). Spiseforstyrrelser er også til

stede samtidig ved bipolare lidelser, men i mindre grad enn angst og rusmisbruk (McElroy et. al. 2001).

Bipolare lidelser og personlighetsforstyrrelser er komorbide tilstander, hvor det ikke ser ut til å være noen forskjell mellom typene bipolar lidelse og hyppighet av komorbid personlighetsforstyrrelse (Rosso, Albert, Bogetto, & Maina, 2009). Kluster B og C typer personlighetsforstyrrelser er forbundet med bipolare lidelser, henholdsvis dramatiske og engstelige personlighetsforstyrrelser (Friborg et. al., 2014).

ADHD er en annen vanlig komorbid tilstand ved bipolare lidelser, og kompliserer behandlingen. Nierenberg et. al. (2005) fant at voksne med bipolare lidelser med samtidig ADHD hadde flere komorbide lidelser slik som angst og rusmisbruk, enn voksne med bipolare lidelser uten komorbid ADHD.

Mange mennesker med bipolare lidelser har opplevd traumatiske opplevelser, og det ser ut til at mennesker med bipolare lidelser strever i større grad med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) sammenliknet med den generelle befolkningen. En studie av 1214 mennesker med bipolare lidelser, viste at 16 % av disse hadde PTSD, noe som er omtrent dobbelt så mange som i den generelle befolkningen (Otto et. al., 2004).

Søvnforstyrrelser er også vanlig ved bipolare lidelser. Episoder med hypomani, mani eller depresjon, starter gjerne med vansker med insomni, hypersomni eller forskyvning i døgnrytme. Årsaken til endring i søvnmønster ved bipolare lidelser er ikke enda kjent (Plante & Winkelman, 2008). Mindre behov for søvn er som tidligere nevnt tegn på hypomani og mani, mens hypersomni eller insomni gjerne er tegn på depresjon (WHO, 1992).

Det ser ut til å være en sammenheng mellom komorbide, psykiatriske tilstander ved bipolare lidelser, og høyere antall affektive episoder og episoder av mer alvorlig grad. Det ser ikke ut til å være store forskjeller i grad av komorbiditet blant mennesker med bipolar type I og bipolar type II, men at samtidige tilstander kompliserer behandling og forløp (McElroy et. al., 2001).

1.4 Prevalens og forløp

The World Mental Health Survey Initiativ publiserte en studie i 2011, hvor de hadde undersøkt forekomsten av bipolare lidelser i 11 ulike land (Merikangas et al., 2011). Over 60 000 mennesker ble intervjuet med psykiatrisk diagnostisk intervju. Studiet fant en livstidsprevalens på 0,6 % for bipolar lidelse type I og 0,4 % for bipolar lidelse type II. Videre var det en forekomst på 1,4 % for en subterskel bipolar lidelse. Det var altså til sammen en prevalens på 2,4 % for hele det bipolare spektrum (Merikangas et al., 2011). Hvis man bruker

funn fra dette studiet vil dette tilsvare at omtrent 50 000 personer i Norge lever med en bipolar lidelse. Tallet kan være enda høyere dersom en inkluderer alle former for bipolar lidelse, men nyere studier har en tendens til å utvide hva som inkluderes som en form for bipolar lidelse, slik at forekomsten er avhengig av hvilke kriterier man bruker (Ødegaard et al., 2012b).

De fleste studier finner at bipolare lidelser vanligvis debuterer sent i tenårene eller i begynnelsen av 20-årene (Merikangas et. al., 2007). Kennedy et al. (2005) fant to hovedgrupper i sin studie; en gruppe hadde sin debutalder i 20-årene, og den andre litt mindre gruppen i 40-50-års alder. Det var flere menn i den tidlige debut gruppen og gruppen hadde høyere arvelig belastning. Den unge gruppen debuterer også oftere med alvorlige, akutte episoder. Tidlig debut er assosiert med et mer alvorlig sykdomsbilde og dårligere prognose (Oedegaard et al., 2009), og det ser ut som om de tidlige debuterende utgjør en mer klinisk ensartet gruppe med større arvelig innslag (Bellivier et. al., 2003).

Mellom 15 % og 20 % av alle med bipolar lidelse dør av suicid, og dette tallet er høyere enn for alle andre psykiske lidelser (Mann, 2003; Tondo, Lepri, & Baldessarini, 2007). Selvmordsfaren ved bipolar lidelse er sterkt knyttet til den aktuelle tilstanden til pasienten. Pasienter med bipolar lidelse har størst risiko for suicid under alvorlige depressive episoder, men også pasienter med blandede depresjoner og dysforiske manier er utsatt (Valtonen et al., 2008).

Det ser ikke ut til å være en tydelig kjønnsforskjell ved bipolare lidelser, men noen studier har funnet en økt risiko for bipolar type II/hypomani, raskt svingende ("rapid cycling") og blandet episode hos kvinner (Diflorio & Jones, 2010). Videre påvirker lidelsen graviditet og fødsel. Det er en sterk sammenheng mellom bipolar lidelse og postpartum bipolar episode (Diflorio & Jones, 2010). Det er foreslått at de hormonelle endringene som tar plass ved graviditet, sammen med sosiale og psykologiske stressfaktorer slik som for eksempel søvnmangel, kan være forklaringer på hvorfor denne fasen i en kvinnes liv trigger bipolare episoder (Jones, Cantwell, & Nosology Working Group, 2010).

Mange med bipolare lidelser får medikamentell behandling, men selv med medikamentell behandling er det mange som får tilbakefall. Gitlin, Swendsen, Heller og Hammen (1995) fant at nærmere 40 % av pasienter hadde tilbakefall i løpet av et år selv med medikamentell behandling, og hele 75 % hadde et tilbakefall innen fem år. Gelenberg et al. (1989) fant liknende tall i sitt studie. Psykososiale vansker og vansker med skole og jobb oppleves også selv ved medisinerings (Coryell et al., 1993; Dion, Tohen, Anthony, & Wateraux, 1988; Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995). Videre opplever hele 75 %

symptomer mellom episoder selv med medisiner (Gitlin et al., 1995; Kalbag, Miklowitz, & Richards, 1999). Men studier har vist at under halvparten av pasienter følger opp sin medikamentelle behandling slik den skal (Lingam & Scott, 2002; Scott & Pope, 2002).

Bipolare lidelser er en kronisk tilstand, hvor pasienten har symptomer også i faser hvor pasienten ikke ansees som syk. Det er også stor variasjon i antall episoder, hyppighet og alvorlighetsgrad. Lettere tilfeller har noen få affektive episoder og en vanlig funksjon mellom disse, mens alvorlige tilfeller har mange og invalidiserende episoder. Rett behandling, medikamentell behandling og psykologiske behandlingstilnærminger, har mye å si for prognose (Haver & Nyhus, 2012).

Det er ikke avklart hvorfor noen mennesker får bipolar lidelse i løpet av livet og andre ikke, men det forskes stadig på, og både genetiske og psykologiske faktorer antas å forårsake den affektive instabiliteten. Stress-sårbarhetsmodellen benyttes i forståelsen av bipolare lidelser, da individer kan ha en arvelig belastning som fungerer som en sårbarhet i møte med stressorer i miljøet (Andreassen, 2012). Det teoretiseres om en dysfunksjon i produksjonen av signalstoffer i hjernen (en ubalanse i nevrotransmittersystemer), da medikamentell behandling påvirker nervesystemet og hjelper mange med bipolare lidelser, men det er uklart de spesifikke mekanismene bak hvordan medikamentell behandling virker (Ackenheil, 2001). Førstegradsslektninger har omtrent 10 ganger så stor sannsynlighet for å utvikle bipolare lidelser, da lidelsen har en heritabilitet på 80 % (Smoller & Finn, 2003). Det antas å være en rekke sårbarhetsgener involvert (Craddock, Khodel, Van Eerdewegh, & Reich, 1995). Videre er det uklart om bipolar lidelse type I og II har ulik genetisk arvelighet (Heun & Maier 1993; Smoller & Finn, 2003).

Hva stress angår etterfølger gjerne bipolare episoder livsendringer, og spesielt endringer som påvirker døgnrytme og søvn, eller hendelser som fremmer målrettet atferd (Johnson et al., 2000; Johnson & Roberts, 1995; Malkoff-Schwartz et al., 1998) Å bo i et stressende familiemiljø er også triggere for bipolare episoder (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder, & Mintz, 1988; O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson, & O'Brien, 1991; Priebe, Wildgrube, & Mueller-Oerlinghausen, 1989).

1.5 Problemstilling

Bipolare lidelser en alvorlig, kronisk lidelse, ofte med tidlig debut. I tillegg til komorbide tilstander og store psykososiale konsekvenser, er også selvmordsraten høy. Mennesker med

bipolare lidelser har et sår behov for hjelp med å mestre sin lidelse. Mange med bipolare lidelser får medikamentell behandling, men medikamentell behandling er for mange ikke en kur. Problemstillingen i denne oppgaven er som følger: *Hva er psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser, og hva er effekten av disse?*

Før jeg går mer i dybden i forhold til å besvare denne problemstillingen, vil jeg først kort gjennomgå medikamentell behandling, da dette utgjør en stor del av behandlingen ved bipolare lidelser. Deretter presenteres hovedfokuset for denne oppgaven, som er en beskrivelse av hva som menes med psykososiale behandlingstilnæringer, hvilke hovedtyper som finnes i forhold til denne behandlingstilnæringer, og hva effekten av denne behandlingen er.

2. Behandling av bipolare lidelser

2.1 Kort om medikamentell behandling

Ved bipolare lidelser type I gis som regel medikamentell behandling som hovedbehandling og psykologisk behandling som et tillegg til dette. Ved bipolare lidelser type II brukes ikke alltid medikamentell behandling, og psykologisk behandling benyttes også her (Helsedirektoratet, 2012). Medikamentell behandling ved bipolare lidelser kan lindre og forkorte akutte, affektive episoder, og også forebygge nye episoder (Aarre, 2012). Likevel er det mange under medikamentell behandling som får tilbakefall, eller som fortsatt har symptomer tross den medisinske behandlingen de får (Gelenberg et al., 1989; Gitlin et al., 1995; Kalbag et al., 1999). Medikamentell behandling har derfor en begrenset effekt.

Det benyttes gjerne en kombinasjon av medikamenter. Det er viktig å informere om ulike medikamenter, deres virkning og eventuelle bivirkninger, og medisiners funksjon i stabilisering ved bipolare lidelser. Det må påpekes at ikke alle med bipolare lidelser ønsker medisinsk behandling, men det er mange som kan leve godt uten å bruke medisiner (Aarre, 2012). Medikamentell behandling er spesifikk for hvilken fase pasienten er i, det gis ulike medikamenter for ulike affektive episoder (Aarre, 2012). Vedlikeholdsbehandling med medisiner igangsettes i eutyme faser. Sykehistorie og hvordan man har respondert på medisiner vurderes ved igangsetting av medisiner for forebygging av nye episoder. Ved bipolar lidelse type I gis det som regel medikamentell behandling dersom pasienten ønsker dette. Ved bipolar lidelse type II er det ikke mani som er problemet, men depresjonen. Her

kan den medisinske behandlingen være tidsavgrenset, eller som forebyggende mot nye depresjoner (Helsedirektoratet, 2012).

Typer medikamentgrupper brukt ved bipolare lidelser er antipsykotiske midler, antikonvulsive midler, antidepressive midler og litium. Helsedirektoratet (2012) har gått igjennom forskning gjort på medikamentell behandling ved bipolare lidelser, og anbefalt antipsykotiske midler som førstevalg ved akutt depresjon ved bipolar type I og II (Helsedirektoratet, 2012). Ved mani eller blandet episode anbefales avslutning av behandling med antidepressive midler, da noen studier viser at dette kan utløse mani. Årsaken til dette er uklar (Bond, Noronha, Kauer-Sant'Anna, Lam, & Yatham, 2008). Dersom det ikke foreligger psykotiske symptomer ved mild og moderat mani, eller blandet episode, anbefales litium, antikonvulsive midler, eller et antipsykotisk middel som førstevalg. Ved alvorlig mani eller blandet episode, eller samtidige psykotiske symptomer, anbefales antipsykotiske midler (Helsedirektoratet, 2012). Ved behandling av hypomani anbefales antikonvulsive eller antipsykotiske midler. Behandling av hypomani gjøres gjerne ved bekymring om overgang til manisk episode (Helsedirektoratet, 2012).

2. 2 En kort introduksjon til psykososiale behandlingstilnæringer

Frem til ganske nylig ble psykologisk behandling ansett som kun å ha en støttende rolle for mennesker med bipolare lidelser, da spesielt i forhold til medikamentell etterlevelse (Cochran, 1984; Miklowitz & Scott, 2009). Men tross for en adekvat medikamentell behandling (Ackenheil, 2001), er det en del som ikke responderer på medikamentene eller responderer litt men likevel har en del symptomer (Gitlin et al, 1995).

Psykososiale behandlingstilnæringer involverer ofte pårørende, og er et samarbeid mellom behandler og pasient, og gis som oftest i eutyme perioder (Morken, 2015).

Fire behandlingsformer har utviklet seg relativt parallelt (Morken, 2015), og disse typene er: *psykoedukasjon i gruppe* (Colom et al., 2009), *interpersonlig og sosial rytmeterapi* (Frank et. al. 2005), *familiefokusert terapi* (Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003) og *kognitiv atferdsterapi* (Lam et al., 2003; Scott et al., 2006). Felles for disse tilnærmingene er et fokus på å informere pasienten om lidelsen, og en kartlegging av sykdomshistorie og behandlingserfaring (Morken, 2012). Videre er man opptatt av å identifisere varselsymptomer for nye episoder hos pasienten (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999), samt overholdelse av behandlingsplan og medikamentell

behandling, og det å redusere stress og belastning. Videre ønsker man i alle behandlingene å unngå bruk av rusmidler, å etablere og opprettholde en regelmessig døgnrytme og levemåte, og bedring av sosial aktivitet i eutyme faser (Morken, 2012). Jeg vil nå gå nærmere inn på de fire typene psykososiale behandlingstilnærminger, og hva forskning forteller om deres effekt på bipolare lidelser.

2.3 Psykoedukasjon i gruppe (PE)

Psykoedukasjon i gruppe er utviklet av Colom og Vieta i Barcelona (Colom et al., 2009). Behandlingen gis over 21 uker med ukentlige møter, og det er gjerne en gruppe på 8-12 deltakere. Det er en fast dagsorden på møtene, med innledning om dagens tema, en øvelse knyttet til temaet og en avsluttende gruppediskusjon. Her får pasientene informasjon om lidelsen, og om hva de selv kan gjøre for å mestre denne best mulig. Hjemmelekser gis gjerne, som for eksempel registrering av symptomer. Ikke alle liker seg i grupper, og psykoedukasjon kan også gis individuelt (Morken, 2012). Psykoedukasjon kan også gis i familier og flerfamiliegrupper (Helsedirektoratet, 2012).

Det lages også en kriseplan, for å vite hvilke intervensjoner som skal igangsettes ved tegn til ny episode. Dette for å forebygge og lindre nye episoder. Tidligere episoder gjennomgås for å se om det er et mønster i hva som trigger en episode hos pasienten, noe som varierer hos de ulike individer (eksempelvis forbruk av kaffe, røyk og alkohol, for mye aktivitet, og vansker med søvn). Kriseplanen inneholder avtaler som skal forhindre store konsekvenser av de affektive episodene, som til eksempel å gi ifra seg kredittkort ved oppstemthet eller å utsette viktige avgjørelser i to dager (Morken, 2012).

I tillegg til identifisering av tidlige tegn og utforming av en kriseplan, er det et fokus på forebygging av nye episoder. Man prøver derfor finne faktorer i livet som oppleves stressende, og å finne måter å mestre disse på. En kalender tas gjerne i bruk, hvor pasienten skal registrere humør, søvn, grad av angst, rusbruk, etterlevelse av medikamentell behandling, og hendelser eller belastninger. Dette er for å øke pasientens innsikt i sammenhenger mellom hendelser og stress, og humør, søvn og angst (Morken, 2012).

Mange med bipolare lidelser har søvnforstyrrelser (Harvey, Schmidt, Scarnà, Semler, & Goodwin, 2014). Derfor er regulering av døgnrytme og søvnhygiene ekstra viktig. Det identifiseres hva som forårsaker forstyrrelse av søvn hos den enkelte. I tillegg til søvnhygiene og regelmessig døgnrytme, er stabilitet i sosiale rutiner og relasjoner et fokus i denne behandlingsformen, og ansees som beskyttende faktorer (Morken, 2012).

2.4 Effekten av psykoedukativ behandling

Colom et al. (2003) gjorde en randomisert studie på effekten av psykoedukasjon i gruppe, i forhold til forebygging av nye affektive episoder. Deltakerne i studien var 120 polikliniske pasienter med bipolar lidelse type I og II. Pasientene hadde vært i remisjon i minst seks måneder før studien, og mottok medikamentell behandling. I studien ble pasientene matchet på alder og kjønn, og randomisert fordelt i en behandlings- eller kontrollgruppe.

Behandlingsgruppen fikk standard psykiatrisk behandling og 21 timer med gruppepsykoedukasjon, mens kontrollgruppen fikk standard psykiatrisk behandling og 21 timer ustrukturerte gruppemøter. Pasientene ble vurdert hver måned under behandlingsperioden, og hver måned i to år etter endt behandling. Studiet fant at to år etter behandlingen var det færre pasienter i behandlingsgruppen som hadde hatt et tilbakefall, og antallet episoder per pasient var færre, sammenliknet med kontrollgruppen. Pasientene i behandlingsgruppen var lengre friske før sin neste affektive episode, og dette gjaldt alle typer affektiv episode; depressiv, manisk, hypomanisk og blandet. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene i antall pasienter som ble innlagt i løpet av de to årene etter endt behandling, men antall og varighet av innleggelser per person var lavere i behandlingsgruppen. Studiet konkluderte med at psykoedukasjon i gruppe i tillegg til medikamentell behandling, var effektiv i forebygging av tilbakefall ved bipolar lidelse type I og II, sammenliknet med ustrukturerte gruppemøter i tillegg til medikamentell behandling.

Colom et al. (2009) fulgte opp pasientene i studien beskrevet i forrige avsnitt i tre år til, som vil si en oppfølgingstid på fem år etter endt behandling. Det var 99 pasienter som deltok gjennom hele oppfølgingstiden på fem år. Effekten beskrevet i studien fra 2003 vedvarte. Psykoedukasjon i gruppe viste seg å redusere antall episoder av alle typer, reduserte varigheten av episoder, og antallet innleggelser per person, sammenliknet med kontrollgruppen. Det var ingen signifikant forskjell i antall deltakere i de to gruppene som behøvde innleggelse i løpet av to og fem år etter behandling.

Reinares et al. (2008) undersøkte effekten av psykoedukasjon av omsorgspersoner, hos mennesker med bipolar lidelse type I og II. Pasientene var i eutym fase og under medikamentell behandling. Deltakerne var omsorgspersoner til 113 polikliniske pasienter, som bodde i samme husholdning som pasientene. Omsorgspersonene ble randomisert fordelt i to grupper. I behandlingsgruppen fikk omsorgspersonene 90- minutters sesjoner med psykoedukasjon i til sammen 12 omganger. Behandlingen varte i 12 uker. Omsorgspersonene

i kontrollgruppen fikk ingen spesifikk intervensjon. Pasientene ble vurdert under behandlingen og i et år etter intervensjonen. Studiet undersøkte tid til neste episode, og fant hos behandlingsgruppen en reduksjon i prosent pasienter med tilbakefall og lengre tid utenom episode, da det gjaldt hypomani/mani.

Simon et al. (2005) undersøkte effekten av komponenter hentet fra systematisk program for unipolar og bipolar lidelse. Programmet inneholdt vurdering og planlegging, månedlig telefonsamtale med vurdering av symptomer og medisiner, tilbakemeldinger til helsetjenesten, og strukturert psykoedukasjon i gruppe. 441 pasienter med bipolare lidelser som hadde fått behandling foregående år, ble randomisert fordelt til en gruppe som fikk fortsette med standard behandling, og en gruppe som fikk standard behandling og komponenter fra et systematisk program. Pasientene ble vurdert hver tredje måned. Behandlingsgruppen reduserte risikoen for mani og hypomani over en periode på 12 måneder, men det var en uklar effekt på depresjon. Pasientene i behandlingsgruppen rapporterte høyere skårer på depresjon enn kontrollgruppen de første tre månedene, men hadde lavere depresjonsskårer enn kontrollgruppen de siste seks månedene. Behandlingsgruppen hadde en større reduksjon i depressive symptomer over tid enn kontrollgruppen, men dette var ikke statistisk signifikant.

Perry et al. (1999) undersøkte effekten av å lære 69 pasienter med bipolare lidelser type I, å identifisere symptomer på tilbakefall og å raskt å oppsøke hjelp når man opplevde tegn på tilbakefall. Det ble utført en randomisert studie, hvor enten 7-12 individuelle behandlingssesjoner ble gitt i tillegg til standard psykiatrisk behandling, eller kun standard psykiatrisk behandling. Pasientene ble undersøkt ved starten av studiet, og ved 6, 8 og 18 måneder etter randomisering. Studiet fant at å lære pasientene å identifisere tidlige symptomer på manisk episode, forlenget tiden før neste affektive episode, og økte sosial fungering og prestasjon på jobb. Studiet fant ingen effekt på depressive episoder.

Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner og Glick (1998) studerte effekten av psykoedukasjon hos pasienter med bipolare lidelser og deres partnere/ektefeller. Det ble gjort en randomisert fordeling, hvor en gruppe med 23 pasienter fikk standard medikamentell behandling, og den andre gruppen med 19 pasienter fikk psykoedukasjon sammen med deres partner i tillegg til medikamentell behandling. Behandlingen varte i 11 måneder. Pasientenes symptomer, fungering og etterlevelse av medikamentell behandling, ble vurdert ved starten av studiet og

ved 11 måneder. Behandlingsgruppen fikk en økning i medisinsk etterlevelse og generell fungering, men ingen effekt på symptomtrykk.

Studiene viser at psykoedukasjon har en forebyggende effekt på mani, og øker medikamentell etterlevelse. Gonzalez-Pinto et al. (2004) gjorde en systematisk gjennomgang av litteratur om psykoedukasjon, og fant at psykoedukasjon øker etterlevelse av medikamentell behandling. Å trene på å identifisere tegn til ny episode bedrer utfall og minsker antall maniske episoder. Effekten av psykoedukasjon på depresjon er uklar, hvor de fleste studiene gjennomgått ovenfor ikke fant noen effekt.

2.5 Interpersonlig og sosial rytmeterapi (IPSRT)

Ellen Frank (Frank et al., 2008; Frank et al., 2005) har utviklet interpersonlig og sosial rytmeterapi (IPSRT), som er en videreutvikling fra tradisjonell interpersonlig terapi. IPSRT er utviklet fra en teori om sosiale tidsgivere ("zeitgebere"), som er vaner som påvirker vår døgnrytme (Morken, 2012). Teorien om sosiale tidsgivere beskriver affektive episoder ved bipolare lidelser, som resultatet av stress som forstyrrer sosiale rutiner, som igjen påvirker biologiske circadianske rytmer (Grandin, Alloy, & Abramson, 2006). Daglige rutiner er eksempelvis måltider, jobb, trening, sosial interaksjon og leggetid (Monk, Kupfer, Frank, & Ritenour, 1991). I IPSRT identifiseres og håndteres alt som forstyrrer daglige rutiner, og i tillegg til et fokus på daglige rytmer, vektlegges det som i tradisjonell interpersonlig terapi hvilke relasjoner og roller pasienten har i sitt liv. Behandlingen er rettet mot sammenhengen mellom relasjoner, roller og humør (Morken, 2012). Temaer som eventuell sorg, rolleendring, eventuell mangelfull interpersonlig kompetanse, og sorg over det tapte friske selvet, tas opp i IPSRT (Helsedirektoratet, 2012). Regelmessige daglige rutiner og sunne relasjoner ansees som beskyttende faktorer for humør og døgnrytme (Morken, 2012). Medikamentell behandling og etterlevelse er sentralt også i IPSRT, og psykoedukasjon om medisiner gis (Frank et al., 2007).

IPSRT er også inspirert av Goodwin og Jamison (1990) sin "ustabilitetsmodell" om bipolare lidelser som beskriver en sårbarhet i det circadianske systemet, døgnrytme, og mottakelighet for dysregulering i neurotransmittersystemer, som sammen med psykososiale stressorer utløser affektive episoder. Livsendringer fører ofte til endring i daglig rutine som igjen påvirker søvn. Meningen som tillegges livsendringer kan også direkte påvirke humøret (Frank et al., 1997).

IPSRT består av fire faser (Frank et al., 1997). I første fase samler behandleren informasjon om pasienten, om pasientens livssituasjon og livshistorie. Deretter får pasienten informasjon om lidelsen, og om hva som må tas hensyn til som følge av denne. I denne første fasen identifiseres problemområder hos pasienten, som pasient og behandler kan jobbe med under behandlingen. I andre fase igangsettes intervensjoner rettet mot å redusere pasientens stressfaktorer, regulering av døgnrytme og sosiale rutiner. Problemer identifisert i relasjoner eller faktorer som forstyrrer pasientens livsregelmessighet forsøkes løses. Målet er å finne en balanse mellom aktivitet og hvile i pasientens liv, og å tilpasse seg endringer i rutiner. Pasient og behandler lager en liste over pasientens triggere for episoder, for å ha oversikt og bedre kontroll over disse. Den tredje fasen er vedlikeholdsfasen, hvor intervensjonene følges opp av behandler. I den siste og fjerde fasen oppsummeres hva som er gjort og oppnådd i behandlingen. Behandler påminner pasienten om triggere for nye episoder, og det lages en mestringsplan som beskriver hva å gjøre ved neste episode, og hvordan å leve for å forebygge episoder. Etter behandlingen gis oppfølgingstimer (Frank et al., 1997).

2.6 Effekten av interpersonlig og sosial rytmeterapi

Miklowitz et al. (2007) undersøkte effekten av psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser, i forhold til tiden det tok før pasientene ble friske og sannsynligheten for å forbli frisk, etter en bipolar depressiv episode. En av de psykososiale behandlingstilnæringerne var IPSRT. Deltakerne var 293 polikliniske pasienter med bipolar lidelse type I og II i depressiv episode, under medikamentell behandling. Det ble gjort et randomisert, kontrollert studie, hvor 163 pasienter ble fordelt til IPSRT og 130 pasienter ble fordelt til en kontrollbetingelse med ”collaborative care”, som er en kort psykoedukasjonell intervensjon. Det ble gitt opptil 30 behandlingstimer i løpet av ni måneder i IPSRT gruppen, mens gruppen i kontrollbetingelsen fikk tre behandlingssesjoner i løpet av seks uker. Studiet fant at gruppen som fikk IPSRT hadde i løpet av året høyere tilfriskningsrater og ble raskere friske enn kontrollgruppen. IPSRT virket mer stabiliserende enn kontrollbetingelsen.

Frank et al. (2005) sammenliknet IPSRT og intensiv standard behandling, i behandling av bipolar lidelse type I. Intensiv standard behandling innebærer psykoedukasjon om lidelsen, medikamentell behandling, søvnhygiene, monitorering og håndtering av symptomer og eventuelle medikamentelle bivirkninger, og uspesifikk støtte. Sesjonene har gjerne en varighet på 20-25 minutter. Det ble utført et randomisert forsøk med 175 deltakere i akutt fase. Behandlingsstudiet hadde fire ulike betingelser; IPSRT som akutt og vedlikeholdsbehandling,

intensiv standard behandling som akutt og vedlikeholdsbehandling, IPSRT som akuttbehandling og intensiv standard behandling som vedlikeholdsbehandling, og intensiv standard behandling som akuttbehandling etterfulgt av IPSRT. Vedlikeholdsbehandlingen varte i to år. Studiet fant ingen forskjell mellom behandlingsbetingelsene da det gjaldt tiden det tok til stabilisering. Pasientene i IPSRT-gruppen i akutt fase gikk lenger før ny affektiv episode inntraff, uavhengig av hvilken type tilbakefallsforebygging. Deltakerne med komorbide tilstander, både medisinske og psykiske, hadde dog bedre nytte av intensiv standard behandling i akutt fase. Å øke regelmessig sosial rytme virket å forlenge tid til ny episode i den vedlikeholdende/forebyggende fasen hos deltakerne som var mer medisinsk friske og uten komorbide angstlidelser.

Frank et al. (1997) sammenliknet IPSRT med standard psykiatrisk behandling av bipolar lidelse type I. De 18 pasientene som fikk IPSRT viste økende grad av stabilitet i daglige rutiner i løpet av behandlingen, enn de 20 i den andre gruppen som ikke viste endring. Da det gjaldt endringer i symptomer i løpet av de 52 ukene med behandling, var gruppene sammenlignbare, men studiet foreslår økt grad av regelmessig livsstil som mulig beskyttende faktor for fremtidige episoder.

Hlastala et al. (1997) undersøkte om depressiv episode, blandet episode og raske svingninger, var mer utfordrende å behandle medikamentelt enn mani, men studiet undersøkte også effekten av IPSRT versus medikamentell behandling i forhold til tilfriskning. Det var 42 deltakere i akutt fase av bipolar type I som var med i denne studien. Medikamentell behandling førte til raskere tilfriskning av mani, enn depresjon, blandet og raske svingninger. Det var ingen signifikant effekt relatert til om pasientene fikk IPSRT. Studiet foreslår at det må utvikles mer effektiv behandling ved depressive episoder, blandede episoder og raske svingninger, og IPSRT ser ut til å ha begrenset effekt i akutt fase.

Det kan se ut til at IPSRT hjelper pasienter med å stabilisere sine liv og at dette kan virke forebyggende på nye affektive episoder, men mer forskning trengs for å kunne konkludere om IPSRT sin effekt på bipolare lidelser.

2.7 Familiefokusert terapi (FFT)

David Miklowitz har utviklet familiefokusert terapi (FFT) (Miklowitz, 2008; Miklowitz et al., 2003). Behandlingen bygger på en biopsykososial modell, og forsøker å balansere risiko- og beskyttelsesfaktorer i familien og det generelle sosiale miljøet. Denne behandlingen gir

informasjon til pasientens familie om lidelsen, for å øke familiens forståelse av lidelsen og for at tilrettelegging som følge av lidelsen kan etableres. Dette kan øke familiens evne til å skape en tilstrekkelig struktur, øke etterlevelse av medikamentell behandling, og å utsette og redusere tilbakefall (Morris, Miklowitz & Waxmonsky, 2007). Behandlingen vektlegger kommunikasjonstrening og problemløsning hos familiemedlemmene og pasienten (Helsedirektoratet, 2012).

FFT er inspirert av forskning som viser at expressed emotions (EE) i familier, påvirker forløpet ved bipolare lidelser (Butzlaff & Hooley, 1998). EE er et mål på de emosjonelle holdninger familie eller omsorgsgivere har ovenfor et familiemedlem med en psykisk lidelse (Morris et al., 2007). Et høyt nivå EE vil si mange kritiske og fiendtlige uttalelser, eller uttrykk for emosjonell overinvolvering. Sistnevnte omhandler overbeskyttelse eller overdrevne emosjonelle uttrykk i beskrivelsen av interaksjon med pasienten (Morris et al., 2007). Forskning viser en sammenheng mellom høy EE i familier og tilbakefall ved bipolare lidelser (Miklowitz et al., 2000; Miklowitz et al., 1988).

FFT vektlegger å minske negative interaksjoner, og å gi familien forståelse av bipolare lidelser, eksempelvis hva som forverrer eller forbedrer lidelsen (Morris et al., 2007). Behandlingen er modulbasert, og fokuserer spesielt på å gi informasjon til pasient og pårørende, og trening på kommunikasjon og problemløsning, for å ha et godt emosjonelt klima i familien. FFT har ofte 21 sesjoner over ni måneder. Familien får lære om hvordan bipolar lidelse påvirkes av ulike faktorer, viktigheten av etterlevelse av medikamentell behandling og stressmestring for å forebygge nye episoder (Morris et al., 2007).

De første behandlingstimene omhandler psykoedukasjon. Her skal familien identifisere hva som tidligere har trigget episoder. Familien får trening i å identifisere trigger og får informasjon om tidlige tegn på ny episode, slik som endring i aktivitet, sosiabilitet, søvn, appetitt, energi og humør. Det blir lagd en tilbakefallsplan. Denne inneholder praktiske tiltak, men også hvordan familiemedlemmer best kan forholde seg til pasienten for å holde på struktur og god kommunikasjon, og å minske stress (Morris et al., 2007).

Senere i forløpet begynner gjerne kommunikasjonstreningen, og dette varer gjerne i 7-10 behandlingstimer. Familien får øvd seg på å kommunisere klart og direkte om egne følelser, som for eksempel å gi og motta ros og konstruktiv kritikk. Videre øves det på aktiv verbal og ikke-verbal lytting, slik som å gi et bekreftende nikk eller å parafrasere (Morris et al., 2007).

Den siste fasen omhandler problemløsning. Behandlingshyppighet har her avtatt fra å ha blitt gitt ukentlig, til annenhver uke, eller en gang i måneden, slik at sesjonene gradvis

avtar. Familien bes om å finne et problem, for så å idémyldre rundt løsninger på dette problemet, og vurdere hvilke løsninger som vil være best for familien. Deretter lages en plan for intervensjon. Det benyttes først et problem som ikke er så stort, slik at familien får øvd seg på og mestret det å løse et problem (Morris et al., 2007). Avslutningsvis i behandlingen gjennomgås hva som er blitt gjort og oppnådd. Dersom familien fortsatt har vansker, eller pasienten er i en ustabil periode, settes det opp oppfriskningstimer (Morris et al., 2007).

2.8 Effekten av familiefokusert behandling

Studiet til Miklowitz et al. (2007) ble nevnt tidligere i denne oppgaven, i forbindelse med effekten av IPSRT. Denne studien omfattet også FFT som en av de psykososiale behandlingstilnærmingene. Studiet fant at gruppen som fikk FFT hadde i løpet av året høyere tilfriskningsrater og ble raskere friske, sammenliknet med kontrollgruppen. FFT virket også mer stabiliserende enn kontrollbetingelsen (Miklowitz, 2007).

Miller, Solomon, Ryan og Keitner (2004) undersøkte om familierapi økte tilfriskning av bipolar type I episoder. 92 pasienter i akutt episode, ble randomisert fordelt til familierapi og medikamentell behandling, flerfamilie psykoedukasjonell gruppeterapi og medikamentell behandling, eller kun medikamentell behandling. Deltakerne i flerfamilie psykoedukasjonell gruppen mottok seks behandlingssesjoner, og deltakerne som mottok familierapi hadde 12 sesjoner. Studiet fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene med behandling sammenliknet med medikamentell behandling alene. Antallet friske i gruppene var ikke signifikant ulike, og heller ikke tiden det tok til tilfriskning.

Kim og Miklowitz (2004) undersøkte om nivået EE hos slektninger av pasienter modererte effekten av FFT. 125 pasienter i akutt fase, ble stabilisert av medikamentell behandling, og fulgt opp i en to års periode. Deltakerne ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen mottok familiefokusert edukasjonell behandling og integrert familie og individualterapi (IFIT), og den andre gruppen fikk krisehåndtering. IFIT var familiefokusert terapi pluss interpersonlig og sosial rytme terapi, og ble gitt vekselvis. Studiet fant ingen forskjell i tid til tilbakefall mellom gruppene, men pasientene fra høy EE familier viste større grad av depresjon over en oppfølgingstid på to år uavhengig av behandlingsgruppen de tilhørte. Kritiske kommentarer og emosjonell overinvolvering var forbundet med større grad av depresjon og mani ved oppfølging, og kritikk og symptomer på mani var særlig forbundet med gruppen som fikk kun krisehåndtering. Studiet foreslo at EE er assosiert med

alvorlighetsgrad av symptomer, men at psykososial intervensjon kan dempe effekten av EE på prognose.

Rea et al. (2003) sammenliknet FFT og individualbehandling. Deltakerne var 53 polikliniske pasienter som nylig hadde vært innlagt for manisk episode, som ble randomisert fordelt til ni måneders familiefokusert psykoedukasjonell behandling eller en individualfokusert pasient behandling. Det var 25 pasienter som fikk individualfokusert behandling, hvilket omhandlet psykoedukasjon, problemløsning og støtteterapi, og 28 pasienter fikk familiefokusert psykoedukasjonell behandling. Alle pasientene fikk stemningsstabiliserende medisiner, et år med behandling og et år med oppfølging. Vurderinger av effekt ble gjort under og etter behandlingen. Studiet fant at behandling av polikliniske pasienter med FFT reduserte risikoen for tilbakefall og re-hospitalisering sammenliknet med individualterapi. Det var 28 % av pasientene i den familiefokuserte behandlingen som fikk et tilbakefall i det følgende året etter behandlingen, mens 60 % av de i individualterapi gruppen fikk tilbakefall. I oppfølgingstiden etter behandlingen hadde 12 % av gruppen med familiefokusert terapi vært innlagt, mens 60 % av de som fikk individualterapi hadde vært innlagt.

Miklowitz et al. (2000) undersøkte effekten av FFT i tillegg til medikamentell behandling. Det ble utført en randomisert, kontrollert studie, med 101 deltakere i akutt fase av bipolar lidelse type I (mani, depresjon og blandet episode). Pasientene ble tilfeldig fordelt til enten en gruppe på 31 pasienter som fikk 21 sesjoner med FFT, og en gruppe på 70 pasienter som fikk to familie edukasjonssesjoner og oppfølging og håndtering ved kriser. Dette varte i ni måneder for begge grupper, og begge gruppene gikk på stemningsstabiliserende medisiner. Studiet fant at gruppen med FFT hadde færre tilbakefall og lengre tid mellom bipolare episoder enn pasientene i kontrollgruppen. Pasienter i FFT-behandlingen som hadde familier høy på EE hadde de høyeste skårene på depresjon og den største forbedring av skåren. FFT-gruppen viste en reduksjon i alvorlige symptomer på depresjon, men ikke på mani.

Miklowitz et al. (2003) fulgte deltakerne i studiet nevnt ovenfor, i en periode på to år etter endt behandling. Både behandlingsgruppen og kontrollgruppen fikk medikamentell behandling i to års perioden. Pasientene i FFT-gruppen hadde færre tilbakefall, og var lengre friske før ny episode. Pasientene i FFT-gruppen viste at stabilisering av mani var mediert av medikamentell etterlevelse, og at deltakerne i FFT-gruppen viste bedre etterlevelse.

Studiene om FFT viser sprikende resultater, men studiene undersøker også noe ulike variabler. Det kan se ut som at FFT kan forebygge tilbakefall, at høy EE i familier er forbundet med høyt symptomtrykk hos pasienter med bipolare lidelser, og at FFT mulig kan moderere effekten av høy EE. Mer forskning behøves for å få et mer tydelig bilde av effektene av FFT.

2.9 Kognitiv atferdsterapi (CBT)

Kognitiv atferdsterapi ved bipolare lidelser har som mål å hjelpe pasienten med å akseptere lidelsen, øke medikamentell etterlevelse, og å lære bort strategier for håndtering av psykososiale stressorer, depresjon og hypomani (Lam, Hayward, Watkins, Wright, & Sham, 2005; Lam et al., 2003; Scott et al., 2006). Videre læres det bort hvordan å legge merke til tidlige tegn til ny episode og hva å gjøre dersom tegn til ny episode oppstår. I kognitiv atferdsterapi gis hjemmelekser for at pasienten skal øve seg på ulike strategier for å bedre kunne håndtere sin lidelse. Et fokus i kognitiv atferdsterapi er på å identifisere og modifisere negative, automatiske tanker og underliggende dysfunksjonelle antakelser og holdninger (Scott, 2001). Kognitiv atferdsterapi vektlegger sammenhengen mellom tanker, følelser og handling. De negative tankene ved depresjon og de overoptimistiske tankene ved oppstemthet adresseres (Helsedirektoratet, 2012). Kognitiv atferdsterapi forstår bipolare lidelser ut i fra en stress-sårbarhets modell, som beskriver at noen mennesker har en medfødt sårbarhet, som gjør de sårbare ved stress. Videre vil det ved en viss type eller mengde stress utløse en psykisk lidelse (Lam et al., 2000).

I starten av behandlingen undersøker behandler hva pasienten kan om lidelsen, og hva som har trigget tidligere episoder. Aktuelle utfordringer deles inn i enten intrapersonlige utfordringer, interpersonlige utfordringer eller grunnleggende vansker. Videre undersøkes pasientens interpersonlige fungering, eksempelvis forhold til familien. Psykoedukasjon om lidelsen gis slik at pasienten lettere kan tilpasse seg sin lidelse. Kognitiv atferdsterapi har et fokus på tanker, og da et spesielt fokus på hvilke tanker pasienten har om sin lidelse. Behandler utfordrer pasientens eventuelle negative, dysfunksjonelle tanker og holdninger, og dette kan også utfordres ved atferdseksperimenter for å undersøke holdbarheten i tankene og holdningene. Andre deler i behandlingen fokuserer på psykoedukasjon; om lidelsens epidemiologi, behandlingstilnærminger og prognose, og en individualisert forståelse av hvordan det er for den spesifikke pasient å ha en bipolar lidelse. Det settes også mål for behandlingen (Scott, 2001). Terapien har en varighet på rundt 20 sesjoner. Først gis ukentlige sesjoner, men senere i forløpet trappes hyppigheten ned. Mot slutten av behandlingsforløpet

gis to oppfriskningstimer. I denne avslutningsfasen gjennomgås hva pasienten har lært (Scott, 2001).

I tillegg til et fokus på psykoedukasjon, forståelse av pasientens utfordringer, og behandlingsmål, lærer pasienten teknikker for å endre live sitt liv slik at man kan få en bedre håndtering av lidelsen. Teknikkene omhandler selvmonitorering og selvregulering, som skal øke pasientens evne til å identifisere og håndtere symptomer på depresjon og hypomani/mani. Å etablere en regelmessig livsstil med tanke på aktivitet, hvile og søvn er en ferdighet som læres bort til pasienten. Videre lærer pasienten å benytte seg av hjelp fra sitt støttesystem, og være bevisst på og også modifisere negative, dysfunksjonelle tanker om seg selv, andre og verden (Scott, 2001).

2.10 Effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT)

Zaretsky, Lancee, Miller, Harris og Parikh (2008) undersøkte i sin studie hvorvidt kognitiv atferdsterapi var mer effektivt enn psykoedukasjon. Det deltok 52 mennesker med bipolar lidelse type I og 27 mennesker med bipolar lidelse type II, i delvis eller full remisjon. Det var 46 deltakere som fullførte hele studiet. Deltakerne ble randomisert fordelt til enten en gruppe som fikk syv sesjoner med individuell psykoedukasjon, eller en gruppe med syv sesjoner individuell psykoedukasjon pluss 13 individuelle sesjoner med CBT. Studiet fant at et lengre løp med CBT har noen tilleggseffekter sammenliknet med en kort periode med psykoedukasjon alene. De som også fikk CBT hadde 50 % færre dager med deprimert humør i løpet av ett år. De som ikke fikk CBT i tillegg, hadde en økning i antidepressiva. Det var ingen gruppeforskjeller i innleggelsesrater, medikamentell etterlevelse eller psykososial fungering.

Studiet til Miklowitz et al. (2007) ble nevnt tidligere i denne oppgaven, i sammenheng med effekten av IPSRT og effekten av FFT. Studiet omfattet også kognitiv atferdsterapi som en av de undersøkte psykososiale behandlingstilnærmingene. Studiet fant at gruppen som fikk CBT hadde i løpet av året høyere tilfriskningsrater og ble raskere friske, sammenliknet med kontrollgruppen. CBT virket også mer stabiliserende enn kontrollbetingelsen.

Ball et al. (2006) utførte en randomisert, kontrollert studie på langtidseffektene av kognitiv terapi. Studiet hadde i tillegg til kognitiv terapi lagt til emotive teknikker, som innebærer visualisering, narrativ og gjenopplevelse av tidligere opplevelser. Det var 52 deltakere med bipolare lidelser type I og II, som ble randomisert fordelt til enten en gruppe som fikk seks måneder med kognitiv terapi eller standardbehandling, hvor begge gruppene

var under medikamentell behandling. Dette studiet undersøkte effekten i forhold til tilbakefallsrate, dysfunksjonelle holdninger, psykososial fungering, håpløshet, selvkontroll og etterlevelse av medikamentell behandling. Studiet fant at etter behandlingsperioden hadde gruppen som fikk kognitiv terapi, lavere skårer på depresjon, mindre dysfunksjonelle holdninger, og lenger tid til neste depressive episode. Gruppen som fikk kognitiv terapi viste bedring på sosial tilpasning og sosial prestasjon, men av mindre grad. Ett år etter endt behandling hadde gruppen som fikk kognitiv terapi lavere manirater og høyere atferdsmessig kontroll. Studiet fant langvarige effekter, men effektene var dalende etter hvert som tiden gikk.

Scott et al. (2006) undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi versus standard psykiatrisk behandling hos 253 mennesker med alvorlig og tilbakevendende bipolare lidelser. Studiet varte i 18 måneder, og ga en økt heller enn minket sannsynlighet for tilbakefall. CBT var kun av fordel for de med 12 eller færre episoder med bipolar lidelse. Mer enn halvparten av deltakerne hadde tilbakefall i løpet av de 18 månedene, og det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Studiet foreslo at CBT mulig er mer effektivt for pasienter med bipolare lidelser uten et komplekst sykdomsbilde i tidligere fase av lidelsen.

Lam et al. (2003) utførte en randomisert, kontrollert studie på effekten av CBT i forhold til tilbakefall og sosial fungering. Deltakerne var 103 pasienter med bipolar lidelse type I med hyppige tilbakefall. Det var 51 pasienter som ble randomisert fordelt til CBT gruppen, og 52 pasienter ble randomisert fordelt til kontrollgruppen. Begge gruppene fikk medikamentell behandling og psykiatrisk oppfølging. Gruppen som fikk CBT hadde i gjennomsnitt 14 sesjoner med CBT i løpet av de seks første månedene, og to oppfølgingstimer i løpet av de neste seks månedene. Studiet fant at under de 12 månedene så hadde behandlingsgruppen færre episoder, færre dager i episoder, færre innleggelses, og høyere sosial fungering. CBT gruppen rapporterte mindre affektive symptomer månedlig i løpet av de 12 månedene. Studiet konkluderte med at CBT forebygger tilbakefall ved bipolar lidelse type I.

Lam, Hayward, Watkins, Wright og Sham (2005) fulgte opp deltakerne i studiet nevnt ovenfor i 18 ekstra måneder. Gruppen som fikk kognitiv terapi i tillegg til den medikamentelle behandlingen, hadde færre dager i bipolare episoder i løpet av til sammen 30 måneder i etterkant av seks måneders behandling, etter å ha kontrollert for effekten av medikamentell behandling. Men de siste 18 månedene hadde ikke terapien noe å si for tilbakefall, og studiet foreslår oppfølgingstimer.

De fleste studiene viser at CBT har en positiv effekt på depresjon i forhold til symptomer, tilfriskning og tilbakefall, og et studie (Ball et al., 2006) viste reduksjon av mani og økt selvkontroll. Et studie (Scott et al., 2006) fant at CBT forverrer tilstanden hos pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde i senere fase av forløpet. To studier (Ball et al., 2006; Lam et al., 2005) viste at effekten av CBT dalte med tiden. Det ser altså ut til at CBT har en effekt på depresjon, og muligens også på mani, men at effekten kan dale over tid, og at CBT mulig har en større effekt hos pasienter i tidlig fase av forløpet og som har et mindre komplekst sykdomsbilde.

3. Diskusjon

Studiene gjennomgått i denne hovedoppgaven har undersøkt effekten av psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser, og har fokusert på ulike variabler i forhold til effekten av behandling. Det er visse variabler som går igjen i de ulike studiene, og disse er; effekten på symptomer, forebygging av nye bipolare episoder, og forebygging av innleggelse. Jeg vil nå diskutere disse tre variablene hver for seg i forhold til de ulike psykososiale behandlingstilnæringer. Etter at de ulike variablene er diskutert, vil jeg kort konkludere med denne oppgavens hovedfunn, kliniske implikasjoner, og anbefalinger til videre forskning.

3.1 Bipolare symptomer

Psykoedukativ behandling underviser pasienten om lidelsen og hvordan å best leve med denne (Colom et al., 2009). Det er altså et fokus på kunnskap og innsikt, slik at pasienten forstår lidelsen best mulig og kan tilrettelegge livet deretter. To studier om psykoedukativ behandling gjennomgått i denne hovedoppgaven, har undersøkt effekten på bipolare symptomer (Clarkin et al., 1998; Simon et al., 2005). Simon et al. (2005) fant at behandlingsgruppen som fikk komponenter fra systematisk program som blant annet var psykoedukasjon, reduserte symptomer på hypomani og mani over en periode på 12 måneder. Fordelen med studiet var at det var 441 pasienter som deltok, som er et godt antall pasienter. Ulempen er at det er uvisst om det var den psykoedukative komponenten som reduserte symptomer på hypomani og mani. Effekten var også uklar da det gjaldt depressive symptomer. Mulig hypomani og mani er enklere å identifisere ved sine karakteristikk som oppstemthet og mer energi, og er kanskje enklere også for omgivelsene å identifisere, og at det derfor kan ta kortere tid å identifisere og redusere maniske symptomer. Clarkin et al. (1998) undersøkte om psykoedukasjon av pasienter og deres partnere gav en effekt på

symptomer, men fant ingen signifikant effekt utover effektene av den medikamentelle behandlingen. Psykoedukasjon gav økt medikamentell etterlevelse, men Clarkin's studie hadde dog et lite antall pasienter.

IPSRT har et fokus på døgnrytme, regelmessig livsstil og relasjoner, og Frank et al. (1997) undersøkte effekten av IPSRT på bipolare symptomer. Studiet fant ingen effekt på symptomer i løpet av de 52 ukene med behandling, men fant at behandlingen økte stabilitet i daglige rutiner. Dette studiet hadde et lite antall deltakere, slik at et høyere antall deltakere hadde vært ønskelig. Behandlingen varte relativt lenge, som kan tenkes er positivt da IPSRT fokuserer på endringer i livsstil, og det å endre livsstil og vaner kan ta tid.

FFT fokuserer på viktigheten av å inkludere omsorgspersoner og partnere, for å skape et miljø med mindre stressfaktorer og økt struktur for å mestre lidelsen bedre (Miklowitz, 2008; Miklowitz et al., 2003). Ulempen med denne behandlingen er at det forutsetter at nære personer kan og vil delta, og også er villig til å arbeide for at pasienten skal mestre sin lidelse. Det kan tenkes at ikke alle pasienter ønsker å involvere familie og partnere heller. Det positive er at omsorgspersoner kan få en større forståelse for hvordan pasienten har det og i større grad kan hjelpe. Kim og Miklowitz (2004) fant at pasienter med familier høy på EE var forbundet med større grad av depresjon uavhengig av om pasientene var i behandlings- eller kontrollgruppen. Høy EE var også forbundet med høyere grad av mani, da spesielt i kontrollgruppen. Studiet konkluderte med at FFT kan hjelpe til med å dempe effekten av høy EE på pasienters prognose. FFT har et fokus på relasjoner, kommunikasjon og problemløsning, så det er ikke utenkelig at dysfunksjonelle familierelasjoner og familiedynamikk kan endres ved FFT. Det er i alle fall verdt forsøket å dempe stress i familien for at pasienten skal få redusert stressnivå. Det virker logisk at personer som står en nærmest har en effekt på ens humør, spesielt mennesker man bor sammen med og omgås i det daglige. Videre har pasienter med bipolare lidelser et behov for struktur, og det tenkes at ikke alle familier har dette i tilstrekkelig grad. Miklowitz et al. (2000) og Miklowitz (2003) fant at FFT reduserte depresjonsskårer hos pasienter i familier høy på EE, men fant ingen reduksjon på maniskårer. Det kan tenkes at høy EE er spesielt forbundet med depressive symptomer, eller at FFT er en behandling som per i dag er mer dyktig på å håndtere depressive symptomer.

CBT er en behandling som i større grad enn de andre typene psykososial behandling, fokuserer på innholdet i pasientens tanker, antakelser og holdninger (Scott, 2001). Zaretsky et al. (2008) fant at CBT reduserte depressivt humør med hele 50 % i løpet av ett år. Et minus med studiet er det lille antallet deltakere på 46 pasienter. Det kan tenkes at CBT har en effekt

på depressive symptomer på grunn av fokuset på tanker og holdninger. Som nevnt innledningsvis fører depresjon til et negativt kognitivt skifte, hvor den deprimerte fokuserer på det negative i omgivelsene, som igjen fører til negative følelser (Ødegaard et al., 2012b). Ball et al. (2006) fant en reduksjon av depresjon- og manirater hos pasienter som fikk CBT og emotive teknikker, men disse effektene dalte over tid. Det kan se ut til at CBT gav en effekt på symptomer på depresjon og mani, men det er usikkert hvilken komponent som gav effekt. Lam et al. (2003) fant også en reduksjon av affektive symptomer.

Alt i alt ser det ut til at psykososiale behandlingstilnæringer har en effekt på bipolare symptomer. De fleste studiene fant en effekt, enten på depressive symptomer, maniske symptomer, eller både depressive og maniske symptomer. Kun en studie (Clarkin et al., 1998) fant ingen effekt utover økning i medikamentell etterlevelse.

3.2 Innleggelser

Fem studier gjennomgått i denne oppgaven har undersøkt effekten av psykososiale behandlingstilnæringer i forhold til innleggelser (Colom et al., 2003; Colom et al., 2009; Lam et al., 2003; Rea et al., 2003; Zaretsky et al., 2008). Colom et al. (2003) og Colom et al. (2009) undersøkte effekten av psykoedukativ behandling i gruppe, og fant at dette ikke gav en effekt i forhold til antallet pasienter i behandlingsgruppen som ble innlagt to år etter behandlingen, men at behandlingsbetingelsen reduserte antallet innleggelser og varigheten av disse innleggelsene per person. Det å kunne redusere hvor ofte man innlegges og også redusere varigheten av oppholdet, er av stor verdi for pasientens fungering og livskvalitet.

Studiene gjennomgått i denne oppgaven har ikke fokusert på effekten av IPSRT i forhold til innleggelser.

Rea et al. (2003) fant at FFT reduserte risikoen for re-hospitalisering, hvor kun 12 % av pasientene som fikk FFT ble innlagt i oppfølgingstiden, versus 60 % av pasientene i kontrollgruppen. Et minus ved studiet var et lite antall deltakere. Det kan tenkes at dersom familier får psykoedukasjon og også bedret problemløsningsevne, at familien i større grad kan hjelpe pasienten, hvor innleggelse ikke blir nødvendig. Familien kan hjelpe pasienten med identifisering av tegn til ny episode og også håndteringen av disse. Familien fungerer da som en støtte for pasienten, som en beskyttelsesfaktor som kan redusere behovet for innleggelser.

Zaretsky et al. (2008) sammenliknet CBT i tillegg til psykoedukasjon med psykoedukasjon alene. Studiet fant ingen forskjell i forhold til innleggelsesrater. Lam et al. (2003) fant at pasientene i CT-gruppen hadde færre innleggelser enn kontrollgruppen. Dette var pasienter med hyppige tilbakefall av bipolar lidelse type I episoder.

Alle studiene gjennomgått her bortsett fra et (Zaretsky et al., 2008) viste at psykososiale behandlingstilnæringer reduserte antall innleggelser og varigheten av disse.

3.3 Forebygging av nye bipolare episoder

Forebygging av nye bipolare episoder er variabelen mest undersøkt i studiene gjennomgått i denne hovedoppgaven, og det er hele 12 studier nevnt som undersøker effekt i forhold til forebygging av nye bipolare episoder. I forhold til psykoedukasjon har fem studier undersøkt effekten på forebygging av nye bipolare episoder (Colom et al., 2003; Colom et al., 2009; Reinares et al., 2008; Simon et al., 2005; Perry et al., 1999). Colom et al. (2003) og Colom et al. (2009) fant at psykoedukasjon i gruppe reduserte antall nye bipolare episoder av alle typer, og pasientene var lenger friske før neste nye bipolare episode. Reinares et al. (2008) fant også at psykoedukasjon, da hos omsorgspersoner, forlenget tiden frisk og reduserte prosenten pasienter som fikk tilbakefall. Simon et al. (2005) fant også at behandlingsgruppen som fikk psykoedukasjon reduserte risikoen for mani og hypomani, men reduserte ikke risikoen for depresjon. Dette studiet inneholdt flere komponenter enn psykoedukasjon, så det er uvisst om det var denne eller en annen komponent som gav effekten. Perry et al. (1999) fant at å lære pasienter å identifisere tegn til ny bipolar episode og raskt å søke hjelp, forlenget tiden før neste maniske episode. Studiet fant ingen effekt på depresjon. Funn fra studiene peker mot at psykoedukasjon har en effekt på forebygging av nye maniske episoder, men en usikker effekt på nye depressive episoder.

IPSRT har også undersøkt forebygging av nye bipolare episoder. Frank et al. (2005) fant at pasienter med bipolar lidelse type I som fikk IPSRT i akutt fase, var friske lenger før ny bipolar episode. Men dette gjaldt ikke for pasientene med komorbide psykiske og fysiske tilstander, da de heller nyttiggjorde seg intensiv standard behandling. Kontrollbetingelsen hadde et større fokus på symptomer og håndtering av disse, og dette var mer nyttig for de med komplekse tilstander.

Kim og Miklowitz (2004) undersøkte effekten av FFT i forhold til forebygging av nye bipolare episoder, og fant ingen forskjell mellom gruppene i sin studie i forhold til tiden det tok til neste nye bipolare episode. Behandlingsgruppen fikk familiefokusert behandling og integrert familie og individualterapi, mens kontrollgruppen fikk krisehåndtering. Rea et al. (2003) fant i motsetning til Kim og Miklowitz (2004) at FFT reduserte prosenten pasienter som fikk tilbakefall ett år etter at behandlingen var avsluttet. Miklowitz et al. (2000) og Miklowitz (2003) fant at FFT reduserte tilbakefall og forlenget tiden det tok før nye bipolare episode. FFT viser altså i de fleste studier nevnt i denne oppgaven, at FFT reduserer

tilbakefall og derfor kan virke forebyggende. Kanskje informasjon gitt og reduksjonen av stressfaktorer i familien fungerer som en buffer for pasienter med bipolar lidelse. Familien kan sammen med pasienten se sammenhenger mellom hendelser og tegn til ny episode, og også hjelpe pasienten med å håndtere dette.

Ball et al. (2006) fant at CBT forlenget tiden til neste depressive bipolare episode. Scott et al. (2006) fant at CBT økte sannsynligheten for tilbakefall. Studiet hadde i motsetning til de fleste studiene nevnt i denne oppgaven, inkludert pasienter med alvorlige og tilbakevendende bipolare lidelser og komorbide psykiske og fysiske tilstander, og kanskje CBT ikke er tilstrekkelig hjelp for disse mer alvorlige og komplekse tilstandene. Lam et al. (2003) fant derimot en forebyggende effekt av CBT i forhold til nye bipolare episoder, men at effekten dalte etter hvert som tiden gikk (Lam et al., 2005). Det ser altså ut til at CBT oftest har en effekt i forhold til forebygging av nye bipolare episoder, men ikke hos pasienter med et kompleks sykdomsbilde, og effekten ser ut til å kunne være dalende (Lam et al., 2003). CBT er en korttidsbehandling, og bipolare lidelser er en kronisk lidelse, og det kan tenkes at oppfølgingstimer kan vedlikeholde den forebyggende effekten på nye bipolare episoder.

4. Konklusjon

Denne hovedoppgaven har undersøkt hva psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser er, og hva effekten av slik behandling er. Det er enighet blant disse behandlingstilnærmingene om at informasjon om lidelsen, medikamentell behandling, nok og regelmessig søvn, regelmessig levemåte, reduksjon av stressfaktorer, og evne til å identifisere og håndtere tegn til nye bipolar episoder er viktig (Morken, 2012). Utover dette er det noe ulikt hvor mye fokuset skal være på innholdet i tanker, slik som i CBT, og fokuset på at familie skal involveres, som i FFT. Psykososiale behandlingstilnæringer ved bipolare lidelser ser ut til å være nyttig i tillegg til medikamentell behandling. Alle studiene gjennomgått i denne oppgaven har inkludert pasienter som mottar medikamentell behandling, slik at effekten av psykososiale behandlingstilnæringer uten medikamentell behandling er vanskelig å si noe sikkert om. Det er også videre svakheter ved forskningsmetodene, slik som få antall deltakere, ulike typer kontrollbetingelser, ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier, ulik behandlingsslengde på behandlings- og kontrollgruppe, og pasienter i ulike faser. Mange studier ekskluderer pasienter med komorbide tilstander, noe som er uheldig da mange har komorbide tilstander (Ødegaard et al., 2012b). Forebygging av nye bipolare episoder er variabelen mest undersøkt av studiene gjennomgått her, og her ser psykososiale

behandlingstilnærminger ut til ha en forebyggende effekt. Det gjenstår å se hvilke komponenter ved de ulike behandlingstilnærmingene som gir en effekt, men det er mulig at enkelte psykososiale behandlingstilnærminger passer bedre i visse faser av lidelsen enn andre. Det kan tenkes at å være i en akutt manisk episode kompliserer behandling av CBT, da CBT arbeider med tanker og holdninger, og krever konsentrasjon og introspeksjon. Men det er bred enighet om at psykososiale behandlingstilnærminger er et tilbud som pasienter med bipolare lidelser kan nyttiggjøre seg. Siden de ulike studiene innenfor de ulike psykososiale behandlingstilnærmingene gir ulik effekt, vil det være nyttig å skreddersy behandlingen til pasienten basert på hvilke symptomer pasienten strever med, hvilken fase pasienten er i, og også om pasienten skal benytte individual-, gruppe- eller familietilnærming. Dette kan vurderes ut ifra hva som er praktisk mulig og hva som er ønskelig for pasienten.

5. Referanser

- Aarre, T. (2012). Behandling med lækjemiddel. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer. (Red.), *Bipolare lidelser* (267-294). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Ackenheil, M. (2001). Neurotransmitters and signal transduction processes in bipolar affective disorders: a synopsis. *Journal of affective disorders*, 62, 101-111.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andreassen, O. A. (2012). Genetikk ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (77-86). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Baldessarini, R. J. (2000). A plea for integrity of the bipolar disorder concept. *Bipolar disorders*, 2, 3-7.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long term change. *The Journal of clinical psychiatry*, 67, 277-286.
- Bellivier, F., Golmard, J. L., Rietschel, M., Schulze, T. G., Malafosse, A., Preisig, M., ... & Leboyer, M. (2003). Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 160, 999-1001.
- Bond, D. J., Noronha, M. M., Kauer-Sant'Anna, M., Lam, R. W., & Yatham, L. N. (2008). Antidepressant-associated mood elevations in bipolar II disorder compared with bipolar I disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 69, 1589-1601.
- Bowden, C. L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*, 11, 91-94.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta analysis. *Archives of general psychiatry*, 55, 547-552.
- Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3, 181-188.
- Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P., & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, 49, 531-533.

- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 52*, 873-878.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *The American journal of psychiatry, 150*, 720-727.
- Craddock, N., Khodel, V., Van Eerdewegh, P., & Reich, T. (1995). Mathematical limits of multilocus models: the genetic transmission of bipolar disorder. *American journal of human genetics, 57*, 690-702.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... & Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry, 194*, 260-265.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry, 60*, 402-407.
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry, 22*, 437-452.
- Dion, G. L., Tohen, M., Anthony, W. A., & Waternaux, C. S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Psychiatric Services, 39*, 652-657.
- Fasmer, O. B., & Ødegaard, K. J. (2012). Det bipolare spektrum. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer. (Red.), *Bipolare lidelser* (117-138). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Frank, E., Soreca, I., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Mallinger, A. G., Thase, M. E., ... & Kupfer, D. J. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *The American journal of psychiatry, 165*, 1559-1565.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., ... & Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry, 62*, 996-1004.

- Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X. M., Monk, T. H., ... & Kupfer, D. J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological Psychiatry, 41*, 1165-1173.
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of affective disorders, 152-154*, 1-11.
- Gelenberg, A. J., Kane, J. M., Keller, M. B., Lavori, P., Rosenbaum, J. F., Cole, K., & Lavelle, J. (1989). Comparison of standard and low serum levels of lithium for maintenance treatment of bipolar disorder. *New England Journal of Medicine, 321*, 1489-1493.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry, 152*, 1635-1640.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford University Press.
- Goldberg, J. F., Harrow, M., & Grossman, L. S. (1995). Recurrent affective syndromes in bipolar and unipolar mood disorders at follow-up. *The British Journal of Psychiatry, 166*, 382-385.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., ... & Perez de Heredia, J. L. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 83-90.
- Grandin, L. D., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). The social zeitgeber theory, circadian rhythms, and mood disorders: review and evaluation. *Clinical psychology review, 26*, 679-694.
- Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarnà, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. (2014). Sleep related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry, 162*, 55-57.
- Haver, B., & Nyhus, I. K. (2012). Forløpet av bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (163-186). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsenorge.no. (2014). *Bipolar lidelse*. Hentet 27.08.2015 fra

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/bipolar-lidelse#Generelt-om-bipolar-lidelse>

- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Hentet 28.08.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonale-faglige-retningslinjer-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>
- Heun, R., & Maier, W. (1993). The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*, 279-284.
- Hlastala, S. A., Frank, E., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Ritenour, A. M., & Kupfer, D. J. (1997). Bipolar depression: an underestimated treatment challenge. *Depression and anxiety*, *5*, 73-83.
- Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., & Keitner, G. (2000). Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 721-727.
- Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: implications from biological theories. *Psychological bulletin*, *117*, 434-449.
- Jones, I., Cantwell, R., & Nosology Working Group. (2010). The classification of perinatal mood disorders—suggestions for DSMV and ICD11. *Archives of women's mental health*, *13*, 33-36.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Solomon, D. A., Maser, J. D., Coryell, W., Endicott, J., & Akiskal, H. S. (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of affective disorders*, *108*, 49-58.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Leon, A. C., Solomon, D. A., ... & Keller, M. B. (2005). Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, *62*, 1322-1330.
- Kalbag, A. S., Miklowitz, D. J., & Richards, J. A. (1999). A method for classifying the course of bipolar I disorder. *Behavior therapy*, *30*, 355-372.
- Kennedy, N., Everitt, B., Boydell, J., Van Os, J., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2005). Incidence and distribution of first-episode mania by age: results from a 35-year study. *Psychological Medicine*, *35*, 855-863.

- Kim, E. Y., & Miklowitz, D. J. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of affective disorders*, *82*, 343-352.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 324-329.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., ... & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 145-152.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, *24*, 503-520.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 164-172.
- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., & Kupfer, D. J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Archives of general psychiatry*, *55*, 702-707.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *4*, 819-828.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., ... & Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 420-426.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, *68*, 241-251.
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, *11*, 110-122.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1408-1419.

- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., ... & Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1 year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of general psychiatry*, *64*, 419-426.
- Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Richards, J. A. (2006). Early-onset bipolar disorder: A family treatment perspective. *Development and psychopathology*, *18*, 1247-1265.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 904-912.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, *48*, 582-592.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 225-231.
- Miller, I. W., Solomon, D. A., Ryan, C. E., & Keitner, G. I. (2004). Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes?. *Journal of affective disorders*, *82*, 431-436.
- Morken, G. (2015). Moderne psykologisk behandling ved bipolare lidelser. *Suicidologi*, *14*, 23-25.
- Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelse. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer. (Red.), *Bipolare lidelser* (303-315). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Morris, C. D., Miklowitz, D. J., & Waxmonsky, J. A. (2007). Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *Journal of clinical psychology*, *63*, 433.
- Monk, T. H., Kupfer, D. J., Frank, E., & Ritenour, A. M. (1991). The Social Rhythm Metric (SRM): measuring daily social rhythms over 12 weeks. *Psychiatry Research*, *36*, 195-207.
- Nierenberg, A. A., Miyahara, S., Spencer, T., Wisniewski, S. R., Otto, M. W., Simon, N., ... & STEP-BD Investigators. (2005). Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological psychiatry*, *57*, 1467-1473.

- O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B. E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *The British Journal of Psychiatry*, *159*, 123-129.
- Oedegaard, K. J., Syrstad, V. E., Morken, G., Akiskal, H. S., & Fasmer, O. B. (2009). A study of age at onset and affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, *118*, 229-233.
- Otto, M. W., Perlman, C. A., Wernicke, R., Reese, H. E., Bauer, M. S., & Pollack, M. H. (2004). Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disorders*, *6*, 470-479.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, *318*, 149-153.
- Plante, D. T., & Winkelman, J. W. (2008). Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *The American journal of psychiatry*, *165*, 830-843.
- Priebe, S., & Wildgrube, C. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *The British Journal of Psychiatry*, *154*, 396-399.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*, 482-492.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., ... & Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar disorders*, *10*, 511-519.
- Rosso, G., Albert, U., Bogetto, F., & Maina, G. (2009). Axis II comorbidity in euthymic bipolar disorder patients: no differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of affective disorders*, *115*, 257-261.
- Scott, J. A. N., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., ... & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *188*, 313-320.
- Scott, J., & Pope, M. (2002). Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 384-390.

- Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *178*, 164-168.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unützer, J., Bauer, M. S., Operskalski, B., & Rutter, C. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological medicine*, *35*, 13-24.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., ... & STEP-BD Investigators. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2222-2229.
- Smoller, J. W., & Finn, C. T. (2003, November). Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 123, No. 1, pp. 48-58). Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.
- Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2007). Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*, 419-428.
- Valtonen, H. M., Suominen, K., Haukka, J., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E.T. (2008). Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar disorders*, *10*, 588-596.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive behavioral therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *32*, 441- 448.
- Ødegaard, C. H., Syrstad, E. G. V., & Ødegaard, K. J. (2012a). Å leve med bipolar sykdom. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (427-442). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G., & Fasmer, O. B. (2012b). Historisk utvikling, epidemiologi, og klassifikasjon av bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard, & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (45-72). Bergen: Forlagshuset Vigmostad & Bjørke AS.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Norsk utgave: (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal.