

Kronisk eller midlertidig bipolar

TEKST

Arvid Strand

PUBLISERT 5. januar 2013

«Hvis en psykisk lidelse forstås som kronisk, forventes ikke helsehjelpen å handle om helbredelse, men om lindring eller symptomdemping.»

DEBATT : BIPOLARE LIDELSER

I fjorårets oktobernummer av Tidsskriftet anbefaler Dag V. Skjelstad boka *Bipolare lidelser* (Haver et al.). Forfatterne inkluderer kunnskap om betydningen av psykososiale tiltak for lidelsens forløp, boka synliggjør hvor forskjelligartet og sammensatt lidelsen kan være fra person til person, og hvor viktig det er med langtidsoppfølging. Denne kunnskapen har likevel ikke vært uforenlig med at bipolar lidelse både av disse forfatterne og av mange andre aktører innenfor psykisk helsevern fortsatt omtales som en kronisk lidelse.

Blant psykososiale tiltak som bidrar til symptomdemping, nevnes mindre stress og rusmiddelbruk, regelmessig døgnrytme og livsførsel, og planer for håndtering av utfordrende situasjoner. Sunn fornuft tilsier at langvarig høyt stressnivå, rusmiddelbruk som selvmedisinering samt uregelmessig livsførsel ikke bidrar til god psykisk helse. Det er gledelig at det også i behandlingen av bipolare lidelser kan dokumenteres at disse variablene er vesentlige for symptomforekomst og prognose.

Medisinering og forebygging

Didrik Heggdal hevder i Tidsskriftet nr. 11/2012 at mange pasienter henvist med diagnosen bipolar lidelse er blitt symptomfrie etter psykologisk behandling, og at de uten medikamenter er i stand til å fungere stabilt år etter år. Jeg antar at for en del av Tidsskriftets lesere er dette en gladmelding og en bekreftelse av observasjoner fra egen praksis, mens for andre framstår påstanden kanskje som useriøs og uheldig ved at den kan bidra til at flere pasienter med bipolar lidelse motsetter seg livsvarig medisinering.

For ifølge nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av bipolare lidelser godtar under halvparten av de som har diagnosen, å motta langvarig medikamentell behandling. Det nevnes også i retningslinjene at pasienter som ikke samarbeider med sin lege om medisiner, har en dårligere prognose og flere innleggelses enn de pasientene som har et godt samarbeid med behandlende lege.

Mye psykoterapiforskning tyder på at forventninger og behandlingsallianse er viktigere enn behandlingsmetode når det gjelder behandlingsutfall. Mange av medikamentene som brukes ved behandling av bipolar lidelse, synes generelt å virke symptomdempende uansett behandlingsallianse. Det terapeutisk interessante er imidlertid om pasienten i løpet av behandlingsperioden utvikler sin evne til å forebygge tilbakefall utover det å følge en tiltaksplan når varselsignalene melder seg.

Svingningene mellom mani/hypomani og depresjon – mellom «vinnerpolen» og «taperpolen» – er som regel slitsomme for både de som har lidelsen, og for deres pårørende. For personen selv er det nedturene som fryktes, for omgivelsene/pårørende kan både oppturene og nedturene være en stadig kilde til bekymring. Håpløshet og resignasjon melder seg etter mange runder med tilbakefall, og tanken om at han eller hun er rammet av en biologisk defekt, kan framstå som eneste rimelige forklaring. Imidlertid har det ennå ikke latt seg gjøre å finne anvendelige biologiske markører ved diagnostisering av bipolar lidelse. Diagnostikere innenfor psykisk helsevern må fortsatt skille mellom psykiske lidelser ved å identifisere symptom mønstre. De diagnostiske manualene gir rom for mange kombinasjoner av symptomer innenfor samme diagnose. Men symptomforståelsen blir mangelfull dersom symptomtellingen ikke suppleres med mye annen informasjon, og valg av diagnose/problemklassifisering garanterer som kjent ikke at pasienten føler seg forstått. I det øyeblikket pasienten betraktes som en diagnose (objekt) og ikke som en person (subjekt) med en unik livshistorie, handler det heller ikke om psykologisk behandling.

Et økende antall uføre

Den medisinske modellen baseres på at spesifikke tilstander kan behandles med spesifikke tiltak. Representerer bipolar lidelse en spesifikk biologisk tilstand i større grad enn f.eks. sosial fobi, tvangslidelser eller posttraumatisk stresslidelse? I en fersk brosjyre laget av et stort legemiddelfirma fant jeg følgende erkjennelse: «Til tross for store framskritt innenfor psykiatriomsorg og nye legemidler har andelen psykisk syke pasienter som lever på siden av samfunnet ikke blitt mindre, men dessverre fortsatt å øke.»

Hvorfor? Det gis mange svar. Også journalisten Robert Whitaker er bekymret for utviklingen som er nevnt ovenfor. I *Anatomy of an Epidemic* (2010) hevder han det er mye dokumentasjon for at uføregraden ved psykiske lidelser, inkludert bipolare lidelser, er økende, på tross av en dramatisk økning i bruk av psykofarmaka gjennom flere år. Så langt er han enig med legemiddelprodusenten. Whitaker går imidlertid et hakk lenger når han åpner for tanken om at økningen ikke har skjedd på tross av utstrakte bruken av psykofarmaka ved behandling av psykiske lidelser, men heller på grunn av slik

behandlingspraksis, inkludert stemningsstabiliserende medikasjon. Gjennom en lang rekke eksempler indikeres det at bivirkningene ved langtidsbruk og abstinensreaksjoner ved seponering er undervurderte faktorer med hensyn til omfanget av kroniske psykiske lidelser.

Støtter Heggdal

Det er heldigvis en etablert oppfatning innenfor psykisk helsevern at årsaker, forløp og prognose ved psykiske lidelser er et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (stress-sårbarhetsmodellen). Jeg synes likevel det er aktuelt å støtte Heggdals debattinnlegg. Gitt at en psykisk lidelse av en eller annen grunn har fått status som kronisk, dvs. ikke tidsavgrenset eller midlertidig, forventes ikke helsehjelpen å handle om helbredelse, men om lindring eller symptomdemping. En del empiri tilsier at også innenfor diagnosegruppen bipolar lidelse er det mange som klarer å gjøre nye erfaringer, refleksjoner og beslutninger i retning av stadig mer konstruktive former for affektregulering, blant annet ved hjelp av psykologisk behandling. Interessant nok lar slike behandlingsresultater seg påvise i form av strukturelle endringer i hjernen.

arvid.strand@lds.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 1, 2013, side

TEKST

Arvid Strand, avtalespesialist, Oslo