

Behandling vid bipolär sjukdom



Innehåll

Förord	3
1 Litium	4
2 Behandling med Litium	5
3 Andra stämningstabiliserande läkemedel	9
4 Medicinsk behandling vid graviditet och amning	10
5 Undersökningar	11
6 Psykoterapi och psykopedagogiska program	12
7 Behandling med ECT	14
8 Information från Föreningen Balans	15
9 Litteraturlista	16
10 Litiumjournal	17
11 Egna sidor för anteckning	18
12 Adress, telefonnummer	19

Förord

Bipolära syndrom hör till ett av de vanligaste psykiatriska tillstånd som vi kan drabbas av. Det är också ett tillstånd som man måste lära sig leva med. För att kunna ta ställning till och välja bland olika behandlingsalternativ behövs kunskap och information kring vilka alternativ som finns.

Behandling med litium ger i de flesta fall goda resultat. Som alla läkemedel finns det utöver de positiva effekterna också biverkningar som är viktiga att känna till. Därför har vi lämnat stort utrymme till att beskriva hur just litiumbehandling går till och vilka för- respektive nackdelar som finns.

Vi vet också att psykologisk behandling, som komplement, i form av psykopedagogiska insatser eller psykoterapi i olika former, kan ha god effekt.

Det pågår ständigt forskning kring bipolär sjukdom. Vi behöver veta mer om tillståndets orsaker och sjukdomsmekanismer, om hur bipolära tillstånd hänger ihop med andra tillstånd som till exempel ångesttillstånd, ADHD, autismspektrumtillstånd och personlighetsrelaterade tillstånd.

Nya lovande behandlingsformer behöver provas ut och vi behöver veta mer om hur tillståndet utvecklas över tid. Att vara aktiv inom forskning fördjupar också de egna kunskaperna. Här på Affektivt centrum har vi pågående forskning som bland annat försöker bidra till att lägga det pussel som kunskap om psykiska sjukdomar är.

Vi hoppas att du kommer att ha glädje av denna information, vare sig du själv har ett bipolärt syndrom, om du har någon närstående med tillståndet eller om du bara är nyfiken. Har du kontakt med oss på mottagningen – tveka inte att ställa frågor.

Vilken behandling som ska ges är en individuell fråga och det är många faktorer som ska vägas in. Därför är det viktigt att ständigt ha en diskussion med sin behandlare om vilka effekter och bieffekter olika behandlingar har.

Göran Rydén, sektionschef och överläkare
Affektiva sektionen, Norra Stockholms Psykiatri

Maj 2012

1. Litium

Bakgrund

Litium är ett grundämne som tillhör gruppen alkalimetaller. I naturen finns det som färglös litiumjon (Li^+). Litium upptäcktes 1817 av Johan August Arfwedson, som var en av Jöns Jacob Berzelius lärjungar och verksam vid Karolinska Institutet. Det isolerades ur malm, som erhöles på Utö i Stockholms skärgård och fick sin benämning efter det grekiska ordet lithos som betyder sten.

I mitten av 1800-talet användes litium som medel mot gikt och psykiska symtom, framför allt depression. Litium som behandlingsmedel användes mest i Danmark och England och även i andra länder men i begränsad utsträckning och tycks ha blivit bortglömt redan efter några decennier.

I medicinska sammanhang återuppstod användningen av litium i större skala på 1940-talet, denna gång som ersättning för koksalt vid hjärtsjukdomar. På grund av oavsiktliga överdoseringar, några med dödlig utgång, förbjöds litiumförskrivning i USA 1951, och därefter även i de flesta europeiska länder.

Nästan samtidigt publicerade en psykiater, John Cade verksam i Sidney en artikel i en australiensisk medicinsk tidskrift, där han redogjorde för sina försök på marsvin och för behandlingen av maniska psykoser. Efter att ha noterat lugnande effekter av litiumurat på marsvins beteende gav Cade litium till tio patienter med "psychotic excitement", enligt nuvarande terminologi akuta manier, och iakttog en markant förbättring av deras tillstånd efter cirka en vecka.

Denna händelse har revolutionerat behandlingen av affektiva sjukdomar med litium och idag, över 50 år senare, är litium det mest använda läkemedlet i förebyggande syfte vid affektiva sjukdomar.

Uppskattningsvis medicinerar dagligen 1–2 människor per 1 000 invånare i Europa och Nordamerika med litium, vilket innebär uppåt en miljon människor som står på litium enbart på dessa två kontinenter.

2. Behandling med Litium

Litium har en förebyggande effekt mot återkommande perioder av onormal upprymdhet (mani) och depression (uttalad nedstämdhet), vid manodepressiv sjukdom (bipolär sjukdom) eller vid återkommande depressioner.

Litiumbehandling bör som regel inte avbrytas förrän ett behandlingsförsök pågått under minst ett år eftersom det är svårt att uttala sig om det finns en förebyggande effekt eller inte dessförinnan.

Hur verkar litium?

Hjärnans celler fungerar i ett nära och komplext samspel med varandra. Samspelet mellan nervcellerna sker via elektriska och kemiska impulser. Impulser ger upphov till en mängd reaktioner i cellers inre, bland annat påverkas de så kallade G-proteinerna som är överaktiva vid bipolär sjukdom. Litium påverkar cellreaktionerna så att de stabiliseras och tycks kunna skydda nervceller mot onormala och skadliga förändringar. Den exakta verkningsmekanismen för litium är dock ännu inte känd.

Att tänka på vid behandling med litium vid bipolär sjukdom

Det finns flera läkemedel som innehåller litium; Lithionit (litiumsulfat), Litiumkarbonat (litiumkarbonat) och Litarex (litiumcitrat). Samtliga är litiumsalter, och alla har samma effekt, men kan skilja sig åt vad gäller biverkningar hos den enskilde individen.

Läkemedelsnamn	Substansnamn	Styrka
Lithionit	Litiumsulfat	42 mg
Litiumkarbonat	Litiumkarbonat	300 mg eller 56 mg
Litarex	Litiumcitrat	42 mg

Den vanligaste tablett är Lithionit depot-tablett på 42 mg. Ofta behövs flera tabletter per dygn, som fördelas på morgon och kväll. Den exakta dosen bestäms utifrån en koncentrationsbestämning som görs genom ett blodprov. Initialt eftersträvas vanligen en serumkoncentration om 0,5–0,8 mmol/l mätt på morgonen 12 timmar efter senaste dos. Den dos som krävs varierar avsevärt från individ till individ beroende bland annat på olika hastigheter som kroppen utsöndrar läkemedlet. Litiumtabletter

har ett snävt terapeutiskt intervall, vilket innebär att det är känsligt med koncentrationen som därför behöver testas regelbundet.

Att börja använda litium

I samband med att litium sätts in behöver en utredning göras beträffande njurfunktion (Iohexolclearance och Minirintest), samt kontroll av hjärtats funktion, med ett EKG. Blodprover tas också för att kontrollera nivåer av bland annat calcium, sköldkörtelhormon och metabola prover. I början sätts en låg dos in, till exempel en tablett morgon och kväll. Denna brukar behöva trappas upp till fler tabletter per dygn. Dosen varierar beroende på vilken koncentration i blodet som uppmäts efter att sju dagar passerat. När man uppnått en önskad koncentration är det regel att kontrollera att koncentrationen håller sig på samma nivå ungefär var tredje månad.

Biverkningar

I början av behandlingen förekommer ibland biverkningar som kan vara övergående som till exempel muskeltrötthet, törst, tremor (darrhänthet) och diarré. Det kan vara värt att vänta lite för att se om de blir bättre efter några veckor. De flesta biverkningarna vid användning av Litium är beroende av doseringen.

Får du biverkningar i början av behandlingen är det bra om du skriver upp vilka biverkningar du har fått. Återkommer samma biverkningar kan du behöva ta ett nytt litiumprov.

Vanliga biverkningar

- Ökad urinmängd
- Ökad törst
- Vätskeansamling (ödem)
- Viktökning – undvik kalorihaltiga drycker
- Darrhänthet
- Trötthetskänsla i armar och ben
- Diarré, illamående och magont – speciellt under de första veckorna
- Aceliknande utslag
- EKG-förändringar
- Påverkan på sköldkörtelfunktionen, till exempel struma
- Nedsatt koncentrations- och reaktionsförmåga

Mindre vanliga biverkningar

- Muskelsvaghet
- Övergående Parkinsonliknande symtom
- Psoriasis. EKG-förändringar av allvarligare typ
- Huvudvärk

Överdoser

Om du skulle få nedanstående symtom kan det vara tecken på litiumförgiftning

- ostadig gång
- grova skakningar av händer
- ryckningar i underkäken
- andra muskelryckningar
- förlamningskänsla i benen
- sluddrigt tal
- sömnhet
- koncentrationssvårigheter
- slöhet
- illamående
- diarré och magsmärtor

Kontakta läkare omedelbart om du har symtom på överdosering. Vid välskött behandling är detta mycket ovanligt.

Vid litiumbehandling bör du också tänka på följande

- Litiumtablettorna ska sväljas hela. Undantaget är Litarex.
- Tablettorna bör tas i samband med måltid för att undvika magbesvär som till exempel lös avföring.
- Vid ökad törst bör du dricka vatten istället för kalorihaltiga drycker, detta för att minska risken för viktuppgång.
- Vid behandling med litium kan koncentrations- och reaktionsförmågan försämrans vilket kan påverka till exempel bilkörning och precisionsbetonat arbete.
- Ändrade kostvanor med förändrad koksalttillförsel kan påverka behandlingen. Kaffe eller te i större mängder kan öka utsöndringen av litium.

- Litium bör inte kombineras med vissa läkemedel. Det gäller främst läkemedel mot smärta och inflammation, så kallade NSAID-preparat, inklusive receptfria läkemedel som innehåller ibuprofen. Används dessa läkemedel tillsammans kan litiumkoncentrationen stiga. Det gäller även andra läkemedel som till exempel vissa blodtrycks-/hjärtmediciner och vissa medel mot migrän.
- Koncentrationen av litium kan öka om du kräks, har långvarig diarré, svettning eller vätskeförlust i samband med till exempel vätskedrivande läkemedel eller om du skulle träna mycket hårt eller göra en planerad operation. Det är viktigt att du kontaktar din läkare för att avgöra om dosen av litium behöver justeras.
- Berätta alltid för läkare att du använder litium, om du till exempel skulle behöva en ny medicin eller läggas in på sjukhus. Det är vanligt med interaktioner med litium, vilket kan göra att dosen behöver justeras.
- Om du önskar bli, eller blir gravid när du tar litium, är det viktigt att du kontaktar din läkare för att få mer information och för att göra en bra planering.

Fråga gärna din behandlande läkare om du behöver ytterligare information.

3. Andra stämningsstabiliserande läkemedel

Ibland skyddas inte alla mot återfall av sjukdom vid litiumbehandling. I vissa fall kan istället behandling med andra typer av läkemedel eller en kombination av flera stämningsstabiliserande läkemedel vara bäst. Dessa läkemedel tillhör gruppen epilepsiläkemedel eller antipsykotiska läkemedel. Ibland används de som enda stämningsstabiliserande läkemedel, ibland tillsammans med litium eller med en eller flera andra stämningsstabiliserande läkemedel.

Epilepsiläkemedel

De epilepsiläkemedel som används mest som stämningsstabiliserande är Ergenyl, Orfiril, Absenor (valproat) Lamictal (lamotrigin) och Tegretol, Hermolepsin, Trimonil (karbamazepin). Även Trileptal (oxkarbazepi) och Topimax (topiramet) används som stämningsstabiliserande läkemedel. Valproat används förutom som stämningsstabiliserare även vid behandling av mani.

Antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel används ofta vid akut behandling av mani för den antipsykotiska effekten. En del patienter behöver även behandling med antipsykotiska läkemedel som stämningsstabiliserare, oftast i kombination med andra stämningsstabiliserande läkemedel.

Det finns många olika antipsykotiska läkemedel som har olika för- och nackdelar. Ett läkemedel som blivit vanligare på senare tid är Seroquel (quetiapi) som utöver sin stämningsstabiliserande effekt även har förebyggande effekt vad gäller depression. Andra vanliga antipsykotiska läkemedel som används som stämningsstabiliserare är Abilify (aripirazol), Zyprexa (olanzapin) och Haldol (haloperidol).

Andra psykofarmaka

Olika typer av antidepressiva läkemedel används ibland som komplement till stämningsstabiliserare framförallt vid svåra depressioner. Försiktighet krävs vid användning av antidepressiva då de kan trigga igång mani, därför är viktigt med kontinuerlig uppföljning samt att ordination följs noga. Olika typer av ångstdämpande läkemedel kan ibland också behövas och kanske läkemedel för att förbättra sömnen.

4. Medicinsk behandling vid graviditet och amning

Det finns risker med medicinsk behandling i samband med graviditet. Det finns också risker med att inte medicinera, då sjukdom hos mamman också kan påverka fostret och barnets utveckling. Alla ställningstagande vägs samman och ligger till grund för de allmänna rekommendationer som finns kring medicinsk behandling i samband med graviditet vid bipolär sjukdom. I enskilda fall kan man behöva göra andra avvägningar än att följa de generella rekommendationerna. Som patient i fertil ålder bör man tillfrågas om eventuella planer på att bli gravid. Det är även viktigt att patienten lyfter frågan med sin läkare, så att det finns med som ett ställningstagande vid beslut om medicinsk behandling.

När det gäller patienter med affektiv sjukdom som varit stabila över lång tid och inte visat snabba eller allvarliga återinsjuknanden vid utsättning av psykofarmaka rekommenderas vanligen försök med utsättning innan graviditet planeras. Utsättningen ska ske långsamt och under tät kontakt med läkare.

När det gäller patienter som inte är lika stabila i sin affektiva sjukdom, dock inte instabila eller har haft tidigare postpartumpsykos, rekommenderas att man överväger utsättning av psykofarmaka före graviditet och återinsättning vid behov efter de första tre månaderna av graviditeten.

När det gäller patienter med instabil affektiv sjukdom, svåra skov eller snabba återinsjuknanden vid tidigare försök till utsättning rekommenderas i regel att man fortsätter med litium eller annan stämningsstabiliserande medicin, man försöker dock undvika valproat.

Risken för mani eller depression är kraftigt förhöjd efter förlossningen och medicinering som satts ut bör återinsättas strax innan eller omedelbart efter förlossningen.

Vid amning rekommenderas oftast inte medicinering med litium eftersom läkemedlet förs över i relativt stor koncentration via mjölken. Det finns undantagsfall och då är noggrann kontroll av barnet hos barnläkare viktigt. När det gäller anti epileptika är det möjligt att amma, men i nära samverkan med barnläkare. Det finns inga hinder att amma i samband med intag av antipsykotiska läkemedel.

5. Undersökningar

Eftersom läkemedel kan påverka kroppen på olika sätt är det viktigt att noga följa hur upp hur kroppen reagerar, framför allt då medicinering med stämningsstabiliserande läkemedel är en livslång behandling.

Inför behandling med stämningsstabiliserande läkemedel, oavsett vilket läkemedel det gäller, görs en generell undersökning som innehåller kontroll av längd och vikt (BMI), bukomfång, blodtryck, glukos och kolesterol. Vissa kontroller görs av sjuksköterska på mottagningen och för vissa får man remiss. Samma undersökningar görs sedan löpande minst en gång per år.

Olika stämningsstabiliserande läkemedel kräver olika typer av undersökningar. Det är viktigt att du följer läkares ordination och gör de undersökningar som behövs.

Vid litiumbehandling undersöks bland annat nivån av litium i blodet, samt njurarnas och sköldkörtels funktion. Vid behandling med karbamazepin och valproat undersöks bland annat leverns funktion samt blodvärden och natriumnivån. Koncentrationen av karbamazepin respektive valproat mäts i blodet.

Vid behandling med lamotrigin finns inte behov av undersökningar utöver de undersökningar som gäller generellt för alla stämningsstabiliserande preparat enligt information ovan.

6. Psykoterapi och psykopedagogiska program

Psykoterapi och psykopedagogiska program har visat goda effekter vid bipolär sjukdom. Man kan även kombinera detta med läkemedelsbehandling. Bland annat har man funnit att psykologisk behandling resulterar i minskad återfallsfrekvens, minskade symtom, förbättrad social funktion och ökad följsamhet till medicinering. Insatser av detta slag bör därför erbjudas patienter med bipolär sjukdom. Patienter kan även ha behov av psykoterapi av andra skäl än bipolär sjukdom.

Efter flera episoder av bipolär sjukdom kan känsligheten för stress öka. Sårbarheten ökar kring olika livshändelser och känsligheten för stress kan öka på till exempel arbetsplatsen.

Psykoterapi kan hjälpa den som till exempel har otillräckligt socialt stöd eller behöver hjälp med att hantera kritiska händelser i livet.

Psykopedagogiska program (PPI)

PPI har som tillägg till läkemedel visat sig minska risken för återfall vid bipolär sjukdom. Metoden baseras till stor del på den så kallade stress- och sårbarhetsmodellen som utgår från att det finns en biologisk sårbarhet för att utveckla sjukdomen.

Syftet med programmet är att informera patienten och närstående om bipolär sjukdom och öka patientens engagemang i behandlingen. Det kan till exempel handla om att ta läkemedel som har ordinerats, undvika missbruk, identifiera tidiga tecken på insjuknande samt att hantera stress och ångest. Programmen genomförs vanligen i grupp.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT är ett paraplybegrepp som inrymmer såväl beteendeterapi (BT) som kognitiv terapi (KT). KBT syftar till att identifiera faktorer som utlöser och vidmakthåller psykisk ohälsa. Vanliga interventioner är till exempel att bryta passivitet och hämning genom ökad aktivitet och ökat viljestyrt beteende och att förebygga ohälsa genom att arbeta med olika sårbarhetsfaktorer. Hemuppgifter ingår som en central del. Behandlingen är aktiv, problemfokuserad och tidsbegränsad, ofta upp till 20 sessioner. I vissa fall kan längre behandlingstid krävas. Behandlingen kan ske i grupp eller individuellt.

Senare utvecklade varianter av KBT är till exempel dialektisk beteendeterapi (DBT), mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Interpersonell terapi (IPT) är en

strukturerad, manualiserad, korttidsterapi. Den baseras på antagandet att depression oberoende av orsak, uppstår eller kommer till uttryck i ett socialt sammanhang. Huvudfokus ligger på att identifiera centrala relationer och förändringar i livet som är relaterade till psykisk ohälsa. För bipolär sjukdom har en särskild variant utvecklats; interpersonell/social rytmterapi (IPSRT). Här finns ett tillägg att lära patienten att utveckla en regelbunden social rytm och livsstil.

Psykodynamisk terapi (PDT)

PDT är en grupp behandlingsmetoder med ursprung i psykoanalytisk och psykodynamisk teori. Mål med behandlingen är både symtomförbättring och ökad mognad och insikt. Ett grundläggande antagande är att psykiska symtom uppstår då individen inte kan hitta ett fungerande sätt att hantera känslor eller relationer till andra. Behandlaren hjälper patienten att bli medveten om problematiska livsmönster, inre konflikter, som aktiveras i relationen till behandlaren. PDT finns både som korttidsterapi och som långtidsbehandling.

7. Behandling med ECT

ECT är en engelsk förkortning för ”Electro-Convulsive Treatment”, vilket på svenska översätts till elektrokonvulsiv behandling. Behandlingen ordinerar av läkare inom psykiatrin vid vissa tillstånd.

De vanligaste orsakerna till att ECT ordinerar, är att man lider av

- Allvarlig depression
- Vissa svårbehandlade manitillstånd
- Vissa psykotiska tillstånd
- Parkinsons sjukdom

De flesta patienter som får ECT är inlagda på psykiatrisk vårdavdelning, men ECT kan även ges i psykiatrisk öppenvård, så kallad poliklinisk ECT. Precis som all annan form av behandling ges ECT efter patientens medgivande. Enstaka undantag finns då patientens tillstånd är sådant att han eller hon inte själv kan fatta ett beslut.

När läkaren rekommenderar ECT informeras alltid patienten om varför läkaren bedömer att behandlingen är lämplig. Patienten får också information om risker och biverkningar samt hur man planerar att följa upp behandlingen. Läkaren informerar även om det behövs någon justering av den pågående medicinerings inför behandlingen. Läkaren tar också ställning till om någon medicinsk utredning behövs inför behandlingen, till exempel om extra provtagning eller EKG behöver göras.

Mer information om ECT finns i en särskild broschyr om ECT.

8. Information från Föreningen Balans

Föreningen Balans ger gemenskap för person som upplevt depressioner eller omväxlande deprimerande och maniska perioder eller har drabbats av så kallad utbrändhet (utmattningsdepression) eller dystymi som är en lindrigare, men ibland långvarig form av depression. Närstående kan genom föreningen få information, råd, hjälp och stöd.

Föreningens mål

- Nå deprimerade och manodepressiva och erbjuda stöd inom föreningens ram, bjuda in till samvaro av olika slag inom föreningen.
- Informera personal vid psykiatriska kliniker och öppenvårdsmottagningar bland annat genom synpunkter och önskemål när det gäller vården.
- Informera närstående om möjligheten att delta i föreningens arbete, och få stöd av föreningens övriga medlemmar. Föreningen arbetar också för att närstående i högre grad ska ses som resurser i vårdprocessen.
- Verka för ökad kunskap i samhället om depression och manodepressiva problem, för att därmed minska oförståelse, rädsla och avståndstagande.

Föreningen Balans

www.foreningenbalans.nu

Telefon 08-618 13 33

9. Litteraturlista

Förslag på fortsatt läsning

Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom

Arvid Lagercrantz, 2010

Depressionens demoner

Andrew Solomon, 2002

Ut ur mörkret

Miki Agerberg, 2001

Balansgång – om depressioner och manier

Föreningen Balans, 1999

Depression – en vanlig sjukdom

Danuta Wasserman, 1998

En orolig själ

Kay Redfield Jamison, 1997

Touched With Fire, Manic-Depressive Illness and
the Artistic Temperament

Kay Redfield Jamison, 1993

Darkness Visible: A Memoir of Madness

William Styron, 1992

11. Egna sidor för anteckning

Aktuell medicin och dos	
Övriga mediciner	
Allergi	
Tidiga tecken	

12. Adress, telefonnummer

Telefontid	
Läkare	
Sjuksköterska	
Kontaktperson	
Patientförening	
Patient-och anhörigutbildning	

Bipolära syndrom

Bipolära syndrom hör till en av de vanligaste psykiatriska tillstånd som vi kan drabbas av. Det är också ett tillstånd som man måste lära sig leva med. För att kunna ta ställning till och välja bland olika behandlingsalternativ behövs kunskap om information kring vilka alternativ som finns.

Vi hoppas du kommer ha glädje av denna information oavsett om du själv har ett bipolärt syndrom, är närstående eller är allmänt nyfiken.