

# BIPOLAR 2 OG EUPF

---

ISPS Hamar

Christian Schlüter

Nasjonal Kompetansetjeneste for Personlighetspsykiatri (NAPP)

# DET BIPOLARE SPEKTRUM

- Spørsmål: Var inklusjonskriteriene for en Bipolar lidelse før DSM 5, for vide? Gjort om til "et spektrum".
- I DSM 4 ble f eks. "irritabilitet" likestilt med kriteriet "humørsvingninger" ("eufori).
- Dette skjedde fordi noen mente at ikke alle med bipolar lidelse var euforiske (Goodwin & Jamison, 2007).
- Et annet argument ble hentet fra "Bridge studien" (Angst, m. fl, 2011): "Så mange som 1/2 av de med alvorlig depresjon, hadde uspesifikke symptomer i tillegg. Man mente at disse (før eller senere), ville kunne slå ut i en bipolar lidelse.

# DET BIPOLARE SPEKTRUM

- I forlengelsen av dette ble det argumentert for en inklusjon av flere "sub-kliniske" symptomer, også kalt "soft bipolaritet", dvs. symptomer (irritabilitet, uro, impulsivitet m.m.). Disse skulle mao. være «en del av lidelsen».
- Selv om disse symptomene ikke var en del av kriteriene for BPL, ble det argumentert (Perlis, et al, 2010) for at disse kunne være "en forløper" for utvikling av bipolar lidelse.
- Motargumentet var at: Om så er tilfelle, så er det langt fra det å ha noen uspesifikke risikofaktorer, til at alle a) symptomer ligger innenfor et "spektrum", og b) at de vil ende likt (Paris).

# PREVALENS

- DSM 5 TR (2016) estimerer prevalensen for:
- BP 1: 1 %
- BP 2: 0.8 %
- Andre spesifikke bipolare lidelser og relaterte lidelser: 3 %
- World Mental Health (2011) estimerte prevalensen for:
- BP 1 til ca. 0.6 %
- BP 2 til ca. 0.4 %
- BPL sub-terskel til 1.4 %
- BPL spektrum til 2.4 %
- Helsedirektoratet (2013) anslår PBL til ca. 2 %.
- Internasjonalt anslår man ca. 3-5 % har BP 1 og 2 (avhengig av studiet)
- Tenker en at "spektrums tillegget" (atypisk depresjon, Cyklotomi, Rapid cyckling m.m., hypertym personlighet etc.) er en del av BPL, vil det øke prevalensen (til ca. 7 %)!

---

# BIPOLAR 2: HVA ER DET?

- Den størst aksepterte utvidelsen av Bipolar lidelse til "et spektrum" er: Bipolar 2.
- Er det en klinisk relevant pasientgruppe? Valid? Finnes den?
- Er den reliabel? Lar den seg identifisere? Av flere?
- Bipolar 2 var i utgangspunktet ment å beskrive de som var mye deprimerte, så kom de seg ut av det, og ble svært aktive, men ikke maniske
- Men selv om pasientgruppen kan identifiseres, hvordan er validiteten til selve diagnosen Bipolar 2?

# EN KATEGORI?

- Er BP 1 og BP 2 separate (og kategorielle) lidelser?
- Argumenter for "Ja":
- Lidelsene ser ut til å ha forskjellig forløp:
- Bipolar 1 er mer i manisk fase (tautologi...). 50 % av de som har BP 1 har en eller flere psykotiske episoder i løpet av livet. Paradoksalt nok vil personer med BP1 ha flere episoder med hypomani enn bipolar 2 (DSM 5.)
- Bipolar 2 er mer i det depressive.
- Veldig få med bipolar 2 utvikler senere bipolar 1.
- Bipolaritet går i familier, og det gjør også de forskjellige typene.

# EN DIMENSJON?

- Argumenter for "nei":
- Problemet oppstår når kategoriene ikke passer med endofenotypene (felles underliggende sykdoms-prosesser).
- En løsning er å endre kategoriene om til en dimensjon og "spektrum...". Resultatet blir "grader av bipolaritet" på en dimensjon, og blir samtidig en dimensjon for alvorlighetsgrad. En angitt terskel markerer skillet.
- Da blir argumentet at Bipolar 2 er en mildere variant av bipolar 1, altså de som ikke er så hardt rammet, men det er bare delvis sant.
- To dimensjoner? Argumentet skyldes at episodene og symptomene ofte er blandet, og opptrer samtidig. Du kan altså ha mer eller mindre depressive symptomer, og tilsvarende på hypomane

# EN DIMENSJON?

- Det er en myte at Bipolar 2 er en lett lidelse – tvert imot har de flere (tilbakevendende) depresjoner og tilbringer lengre tid i disse (kronisk) enn de med Bipolar 1, som kan være symptomfri over flere år.
- De som argumenterer for et spektrum, mener det er en glidende overgang: "Det er ingen essensiell forskjell mellom BPL 1 og 2 genetisk, biologisk, etiologisk, patogenetisk, eller terapeutisk. Det handler om alvorlig, moderat eller mild BPL. Det er de samme sykdomsprosessene, bare tidligere eller senere i utviklingen" (Ghaemi & Barroilhet, 2014).



# BIPOLAR SPEKTRUM OG VALIDITET

- Men er det også andre grunner enn kriterieutvidelse, som forklarer hvorfor en velger "å lempe" alle med "affektive svingninger" over i et bipolare spektrum?"
- a) UPF slipper stigma med å få en UPF diagnose.
- b) Introduksjonen av stemningsstabiliserende og atypiske antipsykotika.
- c) Legemiddelindustrien vil ha "diskrete" lidelser, ikke PF
- d) Mindre problemer med forsikringsselskapet/NAV.
- e) Mer optimisme? Inngir en (falsk) trygghet av at det finnes tilgjengelig, rask og nær behandling (for kompliserte problemer)
- f) Slipper selvanklager (ikke min skyld).
- g) De ustabile vil ha en knagg
- h) Forskere på bipolar lidelse ser ikke etter noe annet...
- Altså: BPL spektrum kan være en populær diagnose av andre grunner enn dets validitet...

# HYPOMAN EPISODE I DSM

- DSM 4 TR:
  - A. Hevet eller irritabelt stemningsleie i minst fire dager
  - B. Minst tre av 7 symptomer:
- DSM 5:
  - For å få BP 2 må du i løpet av livet møte kriteriene for en nåværende eller tidligere hypoman episode OG kriteriene for en nåværende eller tidligere alvorlig depressiv episode.
  - Definisjonen i hovedkriteriet for hypoman episode endret:
    - A. En distinkt periode av unormalt og vedvarende elevert, ekspansivt eller irritabelt humør og unormalt og vedvarende økning i aktivitet eller energi.

# HYPOMAN EPISODE I DSM

- B. Under en periode med elevert (oppstemt) humør, ekspanisvitet og økt energi/aktivitet, må 3 (eller flere) av de følgende symptomene (4 om humørforstyrrelsen bare er irritabilitet) være:
  - - vedvarende tilstede
  - - representere en påfallende forandring fra vanlig atferd
  - - være tilstede i en signifikant grad

# BIPOLAR LIDELSE I ICD 10

- Bipolar 1: Bipolar affektiv lidelse med minst en manisk episode og en depressiv episode i sykehistorien. Skåres som F 30.1- F 30.2 (episode) eller F 31.0- F31.7 (tilbakevendende)
- Hypomani. F 30.0. Kun ved en episode.
- Bipolar 2: Bipolar 2 (flere episoder) finnes ikke som egen diagnose i ICD 10. Den ligger under Andre spesifiserte Bipolar affektive lidelser. Skåres som F 31. 8
- Bipolar affektiv lidelse med minst en hypoman episode (aldri manisk episode) og en depressiv episode i sykehistorien.
- Uspesifisert bipolar affektiv lidelse (tils. DSM BP NOS). De formelle kriteriene er ikke oppfylt. Skåres som F 31. 9

# SYMPTOMER. BP1 OG BP 2 I DSM 5

- 1. BP1: Hyperaktivitet, rastløshet, uro  
BP2: Økt aktivitet eller rastløshet.
- 2. BP1: Taleflom/tale-press  
BP2: Økt taletrang (pratsom)
- 3. BP1: Distraherbar  
BP2: Konsentrasjonsvansker
- 4. BP1: Ikke behov for søvn  
BP2: Nedsatt søvnbehov (føler seg utvilt etter bare 3 timers søvn – får ikke sove pga. «store livsprosjekter)

# SYMPTOMER. BP 1 OG BP 2 I DSM 5

- 5. BP1: Sterkt økt seksuell atferd
  - BP2: Økt seksuell energi
  - 6. BP1: Sterkt økt risikopreget atferd (uansvarlig)
  - BP2: Lett økt risikoatferd (overmodig/uforsiktig)
  - 7. BP1: Tap av sosiale hemninger (økt selskapelighet, over-familiær)
  - BP2: Økt sosialitet
  - 8. BP1: Grandiositet
  - BP2: «Ovenpå»
  - 9. BP1: Uttalt iderflukt/raske tanker
  - BP2: «Kjapp»
-

# FORSKJELLER MELLOM DSM 4 OG 5

- Energi og aktivitet er oppgradert (må ha det), før holdt det med unormal hevet stemning (eller irritabilitet...).
- Trolig samme endring i ICD-11 (2018).
- Forsøk på unngå falske positive (Kupfler, Frank, 2013).
- Denne endringen gjorde det mye lettere å differensiere i forhold til ustabile (EUPF)
- Ved bare "irritabilitet" krevde DSM-IV fire av B-symptomene, ikke tre som ved hevet stemningsleie. Dette er uforandret i DSM 5.

# HYPOMAN EPISODE: VARIGHET

- DSM 5: Bevert 4 dager.
- A. Perioden skal vare minst i 4 etterfølgende dager, og være tilstede mesteparten av dagen, så godt som hver dag (for hypomani), og 7 dager (for mani).
- «Klarer ikke å slutte å være «gira».
- Noen bipolar 2 tilfredsstillende symptomene, men ikke tidskriteriet (men det er liten forskjell på 3 dager og 4).
- Flere påpeker at episoden kan være mer variabel - fra noen timer (!), dager opp til flere måneder og år... (!)
- Tidsangivelsen 4 dager er tilfeldig satt, men det ville en hvilken som helst annen tidsperiode også vært (Paris, 2011).



# HYPOMAN EPISODE: FUNKSJON

- C. En hypoman episode må bli assosiert med en utvetydig endring i fungering som er ukarakteristisk for personen når vedkommende ikke er symptomatisk
- D. Forstyrrelsen i humør og forandringen i fungering er observerbart for andre.
- Eks. Hypomani kan innebære mindre forstyrrelser av arbeid eller sosial aktivitet pga.:
  - - Svekkelse i konsentrasjon og oppmerksomhet
  - - Redusert evne til avslapping og ro
  - - Episoden ender i en alvorlig depresjon.

# HYPOMAN EPISODE: FUNKSJON

- Typisk er det også at mange sier de fungerer bedre når de er i hypoman tilstand (får ting gjort). De kan ha raske tanker, idé-floem, målrettet atferd, bedre hukommelse, ha overskudd, flyt og føler seg kreative.
- Problemet er at energien gjør dem så overopptatt av ett prosjekt, at de ignorerer andre oppgaver som de også burde gjort (monoman).
- Personen ser ikke (selv) at episodene er patologiske eller uhensiktsmessige, selv om andre har meldt inn dette
- Det som gjør at den sosiale og jobbfunksjonen lider er ikke bare hypomanien, men de alvorlige depressive periodene.

# BP1 OG BP2: FUNKSJON

- E. Episoden er altså ikke alvorlig nok til å forårsake "markerte" forstyrrelse i sosial/jobbfunksjon, eller at det blir nødvendig med innleggelse.
- Men blir du fragmentert, ikke målrettet, mere i tankenes vold, ukonsentrert, andre forstår ikke det du sier, klarer ikke følge opp ansvar, er "erratic" og har mistet styringen, er vi over i en mani.
- Om den hypomane tilstanden innehar psykotiske trekk, regnes episoden pr. definisjon, som manisk.
- Psykose er imidlertid ikke et kriterie for mani, du kan altså være manisk uten å være psykotisk

# BP 10G BP 2: FUNKSJON

- Mani, ikke nødvendigvis hypomani, skal altså gi alvorlige konsekvenser i dagliglivet: Økonomisk, yrkesmessig, familie eller sosialt (større sosial avvisning ved BP1)
- Eks på forskjeller i funksjonstap:
- "Shoppe" vekk lønna en måned, versus å sette seg i spillegjeld på 500 000
- Feste mye en helg versus feste slik at man ikke kommer på jobb i en uke
- Drive med hobby slik at man er travel og har liten tid hjemme, versus å ikke klare å kjøre barn på trening eller hjelpe til med faste gjøremål som vanligvis utføres - klarer ikke familieforpliktelse.

# BP 1 OG BP 2: FUNKSJON

- Eks jobb: Kommer på jobb kl. 04, overskudd. Gjerne noe spesielt de har en veldig energi på: Problemet er at noe annet, som også er viktig, gidder de ikke gjøre. Funker derfor ikke bra i alle sammenhenger.
- De kan bli egosentriske og ha lite empati for hva andre på jobben mener. Kjører rett på, gjennom ting, bulldoser. Litt i egen verden.
- Agitasjonen gjør det vanskelig å konsentrere seg.
- Ekspansivitet – "Ut og erobre"! Napoleon hadde jo en hær, så det er ikke bare ideene man har, men også mulighetene man har...
- Hvor mye tap av selvkontroll - mani...

# FUNKSJON OPPSUMMERT

- Bipolar 2: De depressive og hypomane periodene må altså forårsake et klinisk signifikant ubehag, eller funksjonsproblemer i sosiale, yrkesmessige, eller på andre viktige områder.
- Men, for hypomane episoder trenger ikke tap av funksjon å bli møtt.
- Utfordringen er å forklare folk at "den gode perioden" er patologisk...
- Der hvor en hypoman episode skaper alvorlige funksjonsproblemer, for eksempel sykehusinnleggelse, kan den trolig kvalifisere for en bipolar 1-diagnose.

# HYPOMAN EPISODE

- F. En hypoman episode skal ikke skyldes:  
De fysiologiske effektene av rus, medisiner, eller annen behandling (SSRI, ECT), men diagnosen kan settes om symptomene vedvarer ut over det en anser som rimelige ut fra når de fysiologiske effektene burde avta.
- Bipolar 2 diagnose kan ikke settes om det har vært en manisk episode.
- Eller ikke blir forklart bedre av schizofreni.

# BIPOLAR SPEKTRUM OPPSUMMERT

- Symptomkomplekset bidrar til en heterogen gruppe:
- Stor variasjon i stemningsleie; fra lett hevet til sterkere symptomer (nesten som mani).
- Stor variasjon i energi - økt fysisk og psykisk aktivitet, både mengde og hastighet
- Lang liste av symptomer (B), som tillater et vidt område av kliniske presentasjoner (Meares et al, 2011a).
- Altså, ingen kjernesymptomer (en hvilken som helst kombinasjon). Det er antallet det står på. Andre mener symptomene har en fenomenologisk likhet.



# BIPOLAR SPEKTRUM OPPSUMMERT

- Varighet virker noe tilfeldig satt. Noen prøver å trekke denne ned til f eks. 2 dager (Angst)
- Andre forsøker å redusere antallet B-symptomer, f eks. ned til 2, og kalle disse "subterskel".
- Alt står og faller på definisjonen av "en hypoman episode". Har du aldri hatt en hypoman episode, kan du aldri få bipolar 2.
- De norske retningslinjene for bipolar lidelse har avist å gå inn på forestillingen om "et bipolart spektrum"

# BIPOLAR SPEKTRUM: AKTØRENE

- De som er tilhengere av "det bipolare spektrum" – og at lidelsen er underdiagnostisert - er bl. fl. Akiskal (2000), Perugi (1998), Bowden (2001), Ghaemi (1999, 2000), Hirschfeld (2001), Pinto, Angst ("Soft bipolar").
- Det er f.eks. Akiskal som står bak alle undergruppene av Bipolar lidelse. Han har fått (noe) gehør for dette synet i det bipolare miljøet, men det mangler overbevisende empirisk belegg.
- På den kritiske siden står bl.a. Zimmermann og Paris.

# EMOSJONELT USTABIL PF «BORDERLINE»

- Et vedvarende mønster av ustabile interpersonelle relasjoner, ustabil selvilde og følelser, samt markert impulsivitet.
- Begynner i tidlig voksen alder og viser seg i en rekke sammenhenger derav (minst fem) av følgende (DSM) kriterier:

# OVERLAPPENDE SYMPTOMER/KJENNETEGN SOM REGELMESSIG SEES HOS PERSONER MED BIPOLAR LIDELSE

- 1) Hektiske bestrebelser med sikte på å unngå å bli forlatt.
- 2) Et mønster av ustabile og intense mellommenneskelige forhold som er karakterisert av en pendling mellom ytterlighetene idealisering og devaluering.
- 3) Identitetsforstyrrelse: Markert og gjennomgående ustabil selvbylde eller selvfølelse.
- 4) Impulsivitet på minst to områder som er potensielt selvødeleggende (eks. pengesløsing, ukritisk seksualliv, rusmiddelmisbruk, uvøren bilkjøring, spiseorgier).
- 5) Gjentatte selvmordsforsøk eller selvmordstrussler eller selvbeskadigende adferd.
- 6) Følelsmessig ustabilitet (som skyldes?) følelsmessig overreaksjon (eks. intense episoder med nedstemthet, irritabilitet eller angst som vanligvis varer et par timer og sjelden mer enn noen få dager).
- 7) Kronisk følelse av tomhet.
- 8) Intense sinnereaksjoner eller vanskeligheter med å kontrollere sinne (eks. hyppige raseriutbrudd, konstant sinne, stadige slåsskamper). Irritabilitet
- 9) Tendens til paranoid tenkning eller alvorlige dissosiative symptomer ved alvorlig stress.

# EMOSJONELT USTABIL PF

- Identitetsfølelse (Sense of Self) som gjør det vanskelig å vite hvem man er, og hvor man skal. Dette er ikke vanlig hos bipolare (Bassett, 2012).
- Interpersonlig sensitivitet. Relasjonell frykt (for avisning). Ustabile har mentaliseringsvansker, ikke kognitive "defekter" (noe bipolare kan ha).
- Ustabile relasjoner - berg og dal-bane. Ødelagte. Kriser. Dette er heller ikke vanlig hos bipolare i samme grad. Bipolare er ofte i stand til å opprettholde gjensidig tilfredsstillende relasjoner.

# EMOSJONELT USTABIL PF

- DSM 5: UPF er svikt i selvorganisering, samt maladaptive personlighetstrekk (temperament)
- Lav terskel for triggering av "sinne" og "separasjonsangst"
- Affektiv dysregulering
- Impulsivitet

# HOVEDFORSKJELLENE

- Det er symptomkomplekset som er kriteriet for bipolar 2.
- Ustabil PF er en personlighetsbeskrivelse, som i høy grad er vektet mot en forstyrrelse av Selvet, interpersonlig fungering emosjonell reaktivitet, destruktiv regulering, atferdsmessig dyskontroll etc.

# 1. ARVBARHET

- Det er en høy arvbarhet ved bipolar lidelse.
- Goodwin & Jamison (2007a) estimerte den til å være et sted mellom 68-80%. Noen har funnet en arvbarhet på så mye som 85%.
- Hos UPF har arvbarheten vanligvis ligget på alt mellom 35-80%. Torgersen (2000) fant en arvbarhet på ca 70%, i (2008) fant han 35 %, senere igjen på 70%...
- Argument for at BPL og UPF er distinkte lidelser:
- UPF har ikke bipolare foreldre, det har bipolare
- UPF utvikler sjeldent bipolar over tid
- UPF og BPL har forskjellig oppvekst



# 1. ARVBARHET

- Det er en større familiehistorie på depresjoner hos BPL, enn hos ustabile. Familiehistorie på BPL er den største risikofaktorene for å utvikle BPL.
- UPF har mere traumer (seksuelle overgrep) i oppveksten, BPL har som ellers i befolkningen (Bayes, 2015). Prediksjon?
- Det kan se ut som temperament og «miljømessige faktorer» påvirker utviklingen av UPF, mens "genetiske faktorer" påvirker utviklingen av BPL.
- Mackinnon and Pies (2006): Kan det være at UPF og BL deler en felles genetisk predisposisjon for "cyklotymt tempermanet", som kan utvikles seg i den ene eller den andre retning?

## 2. BIOLOGI

- For en oppsummering av (mulige) genetiske og nevrobiologiske forskjeller og likheter se:
- Elvsåshagen, Bøen, Malt (2011): Glukose. PET.
- Bassett (2012): Mest i fht. Bipolar 1.
- Bøen et al (2014): Cortical tykkelse.
- Hibar, D.P et al (2016). 1700 pasienter med BPL og 2500 kontroller: Red volum i Hippocampus og Thalamus, større laterale ventrikler. Fant ingen forskjeller mellom de med BPL 1 og BPL 2 i hjernevolum. Lik etiologi?
- Det finnes ingen (felles) biologiske markører for bipolar 2 (Paris, 2011).

### 3. ALDER PÅ DEBUT

- Bipolar 1: Vanligvis et "klart utbrudd" ca. 18 år (sml. med individuell modning).
- Parker (2010) anslo debut for BL 2 i sen ungdomstid (15-20), Skjelstad (2012) anslo debut fra midten av tenårene, og at de ofte debuterer med depresjoner. Sjelden debut før puberteten.
- Hos UPF finner en humørsvingninger både i barndommen og i ungdomstiden. Intet klart "utbrudd", mer gradvis
- Men etter introduksjonen av "soft bipolaritet" ble det argumentert for at BPL starter i barndommen, endog i førskolen (Healey, 2009).
- Det medførte en dramatisk økning i diagnostiseringen av BPL hos barn de siste 15 år. Kun i USA. Der har økningen vært på 40 % og utgjør i dag ca. 1 mil. barn (Moreno, 2007)

### 3. ALDER PÅ DEBUT

- Mange beskylder Biederman og hans miljø for denne økningen, ettersom de mente "sinte, aggressive og dysregulerte" barn hadde "bipolar spektrum lidelse", selv uten klare indikasjon på eufori eller grandiositet. De kunne dermed få en "Bipolar NOS" i DSM 4.
- Det er det nå ryddet opp i. I DSM 5 heter denne gruppen nå Dysruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Denne er ment å fange opp de "veldig sinte og dysregulerte" barna som ikke har vist episoder av mani/hypomani (og som ikke utvikler bipolar lidelse).
- Andre mener de har observert barn med mer (hypo)mani symptomer av kortere varighet, og depressive episoder, men dette er omstridt.
- Studier har vist at (bare) en minoritet av denne gruppen barn senere utvikler bipolar 1 eller 2 (Birmaher, Axelson, m.fl., 2010). Disse vil i DSM 5 få en Bipolar NOS
- Andre som har studert høyrisiko barn (Geller, 2008), fant at det heller predikerer senere dårlig fungering (rusmisbruk, angst og PF), men ingen spesifikk lidelse.

### 3. ALDER PÅ DEBUT

- Tidlig debut, f. eks. alvorlig depresjon hos barn (uten at det er noen ytre grunn til det), er også en risikofaktor (gjerner i kombinasjon med slekt-belastning).
- Angst «gjerner i kombinasjon med ADHD-liknende symptomer, raserianfall og atferdsproblemer» er ikke så uvanlig som debut hos bipolare barn og ungdommer.
- Av de med BPL har 60 % av de hatt en "onset" før slutten på tenårene (Skjelstad, 2012). Men, av disse igjen, vil et mindretall (ca. 12 %) senere få en hypoman episode (DSM 5)
- Det vanligste er imidlertid at problemene blir tydelige i midten av 20 årene. Da kommer de pga. en eller flere (tidligere) alvorlige depresjoner (men også andre lidelser).

## 4. KJØNN

- Det er ingen kjønnsforskjeller blant de med BPL 1, og (trolig) heller ikke Bipolar 2.
- Noen kliniske studier har vist en viss overvekt av kvinner med Bipolar 2, men det kan skyldes utvalgsproblematikk
- UPF – mer vanlig hos kvinner, selv om befolkningsstudier har vist en betydelig andel menn.
- Kvinner med bipolar 2 rapporterer oftere depresjoner, menn har likt av begge.
- Vanligvis debuterer menn med (hypo)mani, kvinnene med depresjon
- Når kvinner rapporterer hypomane episoder, er det ofte med blandende depressive symptomer, eller motsatt, men trenger ikke benevne det som "hypomani", men som "depresjon med økt energi eller irritabilitet".

## 5. HUMØRSVINGNINGER

- Enkelte i det bipolare miljøet mener at UPF hører hjemme i det bipolare spektrum, pga. deres "affektive ustabilitet".
- De mener at de resterende symptomene til ustabil PF, er sekundære til disse problemene (Akiskal, 1985, 2004).
- De ser f.eks. på UPF som "en ekstrem form for RC" (BP 4) hvor humøret flukturerer daglig og ikke over uker.
- Akiskal vil fjerne hele diagnosen UPF, og legge den som en sub-gruppe under BPL dvs. at "affektiv ustabilitet" likestilles med "soft bipolaritet".
- Argumentet er at BPL «ligger under»; bipolar genotype (Deltito, 1998)

## 5. HUMØRSVINGNINGER

- Derfor er det viktig å finne ut hvilke former for affektiv ustabilitet det snakkes om. Snakker de om det samme? Alle med PF har affektiv ustabilitet
  - Forskjellig terminologi:
  - I UPF-miljøet er begrepet "emosjonell dysregulering"
  - I det Bipolare miljøet er begrepet "mood-swings" og "relapse".
  - Forskjellige affekter: Hos bipolare betyr dette (i snever forstand) vekslinger mellom elevert (hevet) og dysforisk (deprimert) humør.
-



## 5. HYPOMANI

- Bipolar: Elevert humør
- "Rent" oppe er de energiske og "elektriske", kreative og euforiske, om ikke grandiose. Intense. Farten er for høy, holder "foredrag", har "produksjoner". De "bobler over", positiv selvfølelse, er optimistiske, har en overdreven selvvurdering om hva man kan få til.
- Bekymringsløs; fravær av "normal bekymring" da alt er "helt på topp." En viktig forskjell er at hos de bipolare som er "rent" høye, er all angst forsvunnet, men slik er det ikke hos de UPF.
- Tilstanden oppfattes ellers ofte som en behagelig følelse av godt humør, mer energi, økt sosialt omgjengelig, utadvendt, pratsom, optimistisk, fortrolig, overtalende, uovervinnelig, har økt seksuell energi, mindre søvnbehov, kreativ, produktiv og effektiv. Det føles for mange som en positiv tilstand (lystig) ikke patologisk eller uhensiktsmessig. Litt «Life of the party».
- Men også irritabilitet, innbilskhet og ubehøvlet opptreden kan forekomme, i stedet for den mer vanlige oppstemte omgjengeligheten.

## 5. HYPOMANI

- Det er en misoppfattelse at pasienter i hypoman tilstand er lykkelige. De er som regel alt for rastløse til å kunne føle seg lykkelige.
- Men pasienter med Bipolar 2 er ofte glade (lettet) for at de ikke er deprimerte. Men det er noe annet enn å være glad som sinnstilstand.
- UPF er verken euforiske eller energiske! Ikke vanskelig å skille på den variabelen.
- Det er kanskje verre når det kommer til depresjoner?

## 6. DEPRESJONER

- Når vi snakker om depresjoner, snakker vi om Alvorlig depressiv lidelse (MDD).
- Selv om alvorlig depresjon kan skåres som mild, moderat, og alvorlig, er det i praksis liten forskjell mellom alvorlig depresjon og melankolsk depresjon.
- Den alvorlig depressive episoden skal vare i minst 2 uker, ha et gitt antall symptomer, være tilstede neste hele tiden, og representere en merkbar forandring fra tidligere atferd eller fungering.

# SOMATISK SYNDROM (ICD-10)

- Minst 4 av følgende:
- 1. Nedsatt lyst/interesse
- 2. Svekket emosjonell reaktivitet (og dempet opplevelse av sanseintrykk)
- 3. Tidlig oppvåkning(>2 timer før vanlig)
- 4. Morgenforverring (døgnvariasjon)
- 5. Psykomotorisk hemning eller agitasjon
- 6. Nedsatt appetitt
- 7. Vekttap (>5% siste mnd)
- 8. Nedsatt libido

# MELANKOLSK SYNDROM (DSM-5)

- A. Minst ett av følgende (på det verste):
  - 1. Tap av glede for de fleste eller alle aktiviteter
  - 2. Manglende reaktivitet overfor aktiviteter som vanligvis gir glede
- B. Minst tre av følgende:
  - 1. Et klart depressivt stemningsleie (dyp motløshet, fortvilelse og/eller tomhetsfølelse)
  - 2. Depresjon som vanligvis er verre om morgningen.
  - 3. Tidlig oppvåkning (>2 timer før vanlig)
  - 4. Markert psykomotorisk agitasjon eller hemning.
  - 5. Betydelig anorexia eller vekttap.
  - 6. Overdreven eller upassende skyldfølelse
- Merknad: Som man kan se av symptomene på somatisk syndrom i ICD-10 og melankolsk syndrom i DSM-5, er disse stort sett identiske. Den vesentligste forskjellen ser vi på de siste symptomene i de to systemene. (...) Den trykte utgaven av DSM-5 (2013) tillater ikke koding av melankolske symptomer ved BP-II depresjoner. Dette var en feil og har blitt rettet i en oppdatering (DSM-5 Update, August 2015).

## 6. DEPRESJONER

- Har du UPF er sjansen 50-70 % for å få en alvorlig depresjon.
- "Det skyldes at det er mye depresjoner hos begge, men de er forskjellige og urelaterte" (Gunderson).
- "Nei, de deler felles biologiske prosesser, hvor den ene påvirker utviklingen av den andre" (Koeningsberg).
- Eller er det slik at depresjon er noe UPF fører med seg?
- "Tja, alvorlig depresjon er vanlig hos alle med PF".
- "Problemet her er ikke sam-sykeligheten, men at kriteriene for å få en alvorlig depresjon er for lav, og derfor får de fleste med UPF denne diagnosen (Paris).

## 6. DEPRESJONER

- Kan dele ytre kjennetegn som mangel på appetitt, endret søvnmønster
- Bipolare depresjoner: Ofte melankolske - en strekker ikke til, har svikter alle, er ikke bra nok, barna har det bedre om en dør (internalisering).
- Bipolar er ikke redd for å bli forlatt, tenker ikke på konflikter med andre og de er bare tomme under depresjoner.
- UPF depresjoner: Sjeldnere med melankolsk depresjon (selvkritiske), men alene, ensomme, tomme, avist, forlatt (forlatthetsdepresjon).
- Eller «smertefull inkoherens» – emosjonell smerte relatert til et fragmentert Sense of self (Dysforiske, ikke dystyme).
- De fører til forskjellige følelser: Bipolare føler skyld, UPF ofte sinte, frustrerte, engstelige

## 6. DEPRESJONER

- Varighet: Tid er en viktig differensialdiagnostisk variabel
- Bipolare depresjoner: Ofte en ikke-reaktiv humørtilstand, varer lengre, ofte verst om morgenen. Bipolare har ofte en varighet fra timer (?) – dager (?) – uker - måneder, men periodene er tross dette, mer diskrete, vedvarende og i noen tilfeller sykliske. (Bradley, et.al., 2007)
- UPF har stort sett depressive symptomer som er forbigående, labile og reaktive. UPF svinger ilet minutter, timer og sjelden mer enn 2 dager.
- Men noen med UPF kan ha "kroniske" depressive symptomer, men da til forskjell fra bipolare som har mer episodiske



## 6. DEPRESJONER

- Et problem oppstår der en del med alvorlig depresjoner, ikke responderer på SSRI/ECT, og en da begynner å tenke på bipolar lidelse (uten formelle tegn på lidelsen), og nevner de noe om humørsvingninger er saken biff... (Paris, 2012).
- De med tilbakevendende alvorlig depresjon har oftere en sterkere sammenheng med personlighetsforstyrrelser (Zimmermann, et al. 2008)
- Og der både UPF og alv. depresjon er tilstede, vil UPF ofte dominerer det kliniske bilde.
- Zimmermann (2010): Ustabile får depresjoner tidligere, har flere depressive perioder, større frekvens av "atypsike" depressive symptomer, høyere prevalens med komorbid angst og rus, og større antall selvmordsforsøk.
- Ingen spesielle former for depresjoner ser ut til å treffe for alle med UPF

# 5. HUMØRSVINGNINGER

- Type svingninger?
- De som har Bipolar 2 varierer mellom:
- "Euthymia" (fredelig mellomtilstand mellom perioder)
- "Hyperthymia" (hevet stemningsleie)
- "Dysthymia" (depresjon)
- Hos UPF betyr dette vanligvis "bredere og blandede emosjonelle svingninger", dvs. at det er flere affekter involvert (redsel, sinne, såret etc.). Har heller ikke like mange og gode «mellom perioder» - mere konstant.
- Henry et al (2001), Koeningsberg (2002), Reich, (2011) fant at ustabile skifter mellom vanlig humør, til sinne eller angst og hadde ikke bipolare skifter mellom vanlig humør til opprøpmthet (elation) eller depresjon.

## 5. HUMØRSVINGNINGER

- Humørsvingningene hos UPF er ofte intense spiraler «ute av kontroll», irrasjonell under stress, hvor en er avhengige av andre for å regulere følelser.
- Vansker med å kontrollere sinne hos UPF er ofte blandet sammen med «irritabilitet» hos de med BPL, men raseriutbruddene hos UPF er mer kortvarige (timer), mens hos Bipolare kan de vare over dager.
- UPF kan ha ustabil og lunefullt humør, men det er lite typisk for BPL (Skjelstad, 2012)

## 5. HUMØRSVINGNINGER

- Årsakene til "affektiv ustabilitet"
- Koeningsberg (2010): FMRI: UPF har en økt limbisk aktivitet, som ikke blir mediert av Corticale sentre som betyr at de "blir lett opprørte, og faller ikke lett til ro igjen".
- For emosjoner trenger ikke "drive" atferd, om de kan bearbeides.
- Problemet med "affektiv instabilitet" for UPF ligger altså like mye i (manglende) kontrollmekanismer, som i intensiteten i humøret i seg selv.

# HUMØRSVINGNINGER OPPSUMMERT

- a) "Affektiv dysregulering skifter fra depresjon til sinne hos ustabile, mens eufori er sjeldent (Paris, 2012).
- b) Bipolare har alvorlig depressive perioder, men de er annerledes (varighet, fenomenologi, trigger) enn hos UPF
- c) Bipolare har humørsvingninger som er "symptomatisk" og kategorielle, fasepreget (4 dager), episodiske (og annerledes), mens hos UPF er de mer dimensjonale (og konvensjonelle), og er en del av personligheten.
- d) Humørsvingningene er bare "overfladiske like" og har ført til en overdiagnostisering av BPL (Zimmermann & Morgan)

# 7. ATYPISK DEPRESJON

- En undergruppe av depresjonene, er atypisk depresjon. DSM: 1) Tilstedeværelsen av humør-reaktivitet og 2) 2 av 4 symptomer:
  - 1. Interpersonlig avisningssensitivitet
  - 2. Lede "blytung" paralyse
  - 3. Overspising (Hyperphagia) og vektøkning
  - 4. Sover for mye (Hypersomnia)
- Problem: Humør-reaktivitet var for diffust forbundet med resten av symptomene, mens UPF har en klarere forbindelse
- Ikke noe koherent diagnostisk konstrukt

## 8. AGITERT DEPRESJON

- Tas med fordi noen har brukt det som eksempel på en atypisk depresjon hvor begge deler av den bipolare dimensjonene inntreffer samtidig.
- F.eks. argumenterte McElroy (1999) for at (eksplosivt) raseri er en bipolar variant, men det finnes ingen kriterier for «agitert depresjon». Det finnes bare depresjon, og atypisk.
- Agitert depresjon er ikke spesifikke nok til en differensialdiagnostisk treffsikkerhet mht. bipolar lidelse.
- Ofte er "agitert depresjon" mer forbundet med "interpersonlig hypersensitivitet" der selvfølelsen er veldig ytre styrt.
- De er altså ikke deprimerte i streng forstand, snarere avvisningssensitive, (har angst?) og er rasende.

## 8. AGITERT DEPRESJON

- Det er ofte ytre krenkelser av forskjellige slag som er triggere for agiterte depresjoner, og en ser slike triggerne sjeldnere hos bipolar 2.
- Du finner mer ut av dette ved å undersøke:
  - 1) Hva er den agiterte depresjonen utløst av?
  - 2) Om det finnes flere tegn på energi og humørskifter?
  - 3) Hvordan personen vanligvis er.



## 8. AGITERT DEPRESJON

- Sum:
- Agitert depresjon ser ut til å vekte mest på PF-variablene (eller impuls-lidelser). Det viste seg at det var unnvikende PF som passet best!
- Avvisningssensitivitet og separasjonsangst deles av både ustabile, unnvikende og avhengige.
- De fleste med atypisk depresjon har ikke UPF, og motsatt.
- Ser ut til å være mer knyttet til alvorlighetsgrad, enn bipolaritet.
- Agiterte depresjoner er ofte kroniske, ikke fasiske.

# 9. CYKLOTOMI

- Er i ICD 10 ikke klassifisert som en Bipolar lidelse, men som en vedvarende affektiv lidelse.
- Mange mener den er en «variant» av BPL. Kodes F 34.0
- 1. «En humørforstyrrelse med hypomane og depressive symptomer, som alternerer, men som ikke når opp verken til manisk, hypoman eller depresjonskriteriene
- 2. «Et temperamentstrekk eller underliggende personlighet organisert rundt "en medfødt disposisjon for affektiv dysregulering" . Her er påstanden at et cyklotonsk temperament er underliggende for både atypisk depresjon og UPF
- Altså, enten en personlighetsvariant som predisponerer for BPL, eller som en episodisk humørlidelse
- Var på PF-delen i DSM 2 (affektiv personlighet)

## 9. CYKLOTOMI

- Selv om den nå har havnet i klassen for affektive lidelser, forskes den på som et personlighetstrekk eller temperament
- Vag grense mellom Cyklotomi og subterskel BPL 1
- Men, spektrumfolka, har en antagelse om at det er en glidende overgang mellom et slikt temperament og manisk psykose – en diskret patologisk variasjon (dimensjon?) av humør.
- Nei, BPL 1 har ingenting med temperament og personlighet å gjøre (Schneider)

# 9. CYKLOTOMI

- Så hva er Cyklotomi egentlig?
- 1. En form for BPL - uavhengig av BP1 og BP2?
- 2. Subterskel og en mildere variant av BPL?
- 3. En tidlig variant som senere vil utvikle seg til BPL?
- 4. Predisponerende faktor som influerer sårbarhet til begge lidelsene?
- Altså personlighetstrekk, temperament, men også tilstand, lidelse og som en humør episode...
- Akiskal: «Cyklotomi er en både et livslangt trekk og en predisposisjon til Bipolar spektrum varianter, men også en diskret subsyndromal variant av BPL»

# 10. RAPID CYKLING

- En liten del (5-15 %) av de med Bipolar 2 har mange (4 eller flere) humørepisoder (hypomani eller alvorlig depresjon) siste året. Disse kalles Rapid Cycling og skal beskrive personer som aldri er stemningsstabile. Også kalt bipolar 4 (Ghaemi, Ko & Goodwin, 2002).
- Ingen egen diagnose, men en "spesifier".
- Her spiller det ingen rolle hvilken humørepisode det er, annet enn at de skifter, - altså kortvarige svingninger (fra dager til timer), og trenger ikke inneholde hovedkriteriene.
- Noen har ment at man, i stedet for å se på siste året, bør se symptomene i et livsperspektiv

# 11. IMPULSIVITET

- Skadelig impulsivitet kan skyldes en lang rekke årsaker
- Ideen om at dette har noe med bipolaritet å gjøre, er at bipolare pasienter (også) gjør mange impulsive ting - eks. overdreven pengebruk, gambler, shopper, stjeler, overspiser, råkjører, seksuelt promiskuitet, ruser seg.
- En kan ikke reversere argumentasjonen; å se impulsive symptomer som et resultat av bipolar lidelse (Paris).
- Typisk skjer dette kun under distinkte «humør-episoder» (Zimmerman, 2009).
- Nei, en ser også dette utenfor episoder (Links, 1999, Zanarini, 1993)

# 11. IMPULSIVITET

- Vanlig selvrappport er: Barratt Impulsivitetsskala (BIS) Wilson et al (2007)
- Bøen et al (2014) brukte UPPS (flere aspekter av impulsivitet). Målt i en «ikke-forstyrret humørtilstand»
- Funn: Ustabile scorer høyere på «hastverk» (kvitte seg med negative følelser) og «vansker med å forfølge et mål» (mister interessen) enn Bipolare og sunne kontroller.
- Bipolare har mer «impulsivitet» som kan relateres til målrettet atferd.
- Trolig har de to lidelsene forskjellige impulsivitets-profiler (Bøen, Hummelen et al, 2014). Støttes av Wilson, et al.(2007): "UPF rapporterer et høyere nivå av impulsivitet og aggresjon og er et vesentlig diagnostisk skille".

# 11. IMPULSIVITET

- UPF handler uventet, uten hensyn til konsekvenser og eller langsiktighet, mens BP 2 primært er impulsive pga. økt energi (kun i hypoman fase) hvor verden er "forenklet".
- BP har vekslende planer, men kan være veldig målrettet og monomane.
- Impulsive handlinger kan f.eks. dreie seg om å forsvinne fra jobb/skole, bruke penger, sex.
- BPL 2 virker å være mer styrt av positive følelser.
- UPF er impulsive i "sosial situasjoner", har normale reaksjoner i ikke-sosiale situasjoner
- Eks. i kino – nå de er i hypoman fase har BPL vansker med å sitte i ro, mens ustabile ikke har problemer med dette, om det ikke er en relasjonell film..., ustabile blir urolige, ikke drevet...



# 11. IMPULSIVITET

- Bipolare gjør også farlige ting, men de gjør det ikke i selvregulerende stil, men mer "lystdrevet" og heller ikke som relasjonell "reparasjon".
- De bipolare tenker ikke, de gjør det. De er klare for action... De løper med følelsene mot noe attraktivt
- Impulsivitet hos UPF kan karakteriseres som et forsøk på selv - (og selv-gjennom-andre) regulering, og kan beskrives som en tendens til å løpe vekk fra følelsene
- Eks: Selvskading og OD (etter en krangel) ser en lite av hos personer med Bipolar lidelse.

# 11. IMPULSIVITET OPPSUMMERING

- Sum: Begge kan fremstå som sosialt indiskre og hemningsløse, men det er forskjeller både i type, kvalitet (ukarakteristisk), lengde (episode) og årsak.
- Hos UPF er impulsivitet mer "trekk-lik", mens hos BPL er impulsivitet mer "tilstands-lik", dvs. kun når de er hypomane.
- Når det gjelder UPF er de rett og slett mer impulsive enn Bipolare (Henry et al, 2001; Benazzi, 2006).
- Selv om de deler impulsivitet, så er det ikke kjernen i noen av lidelsene

# 12. SELVSKADING/SELMORD

- UPF rapporterte større problemer med raseri og para-suicidal atferd, enn bipolare (Gunderson et.al, 2006).
- Men selvskading er ikke helt uvanlig hos bipolare (Joyce et.al, 2010). Men der de med UPF selvskader av mange årsaker og tilstander, vil personer med BLP selvskade primært under depresjon. Tvilstomt om en kan skille ustabile fra bipolare bare på selvskading alene.
- Ustabile er kjent for selvmordsforsøk, men det forekommer også hos de med Bipolar 2, hvor ca. 1/3 gjør minst ett selvmordsforsøk (men bare under depresjon) noe som er like mye som bipolar 1. (Ruggero, 2007, Zanarini, 2008)
- Men, denne overlappen er omstridt. Ghaemi & Barroilhet, og Reich (2014) mener det er et tydelig skille mellom UPF og BPL når det kommer til "dissosiasjon, paracuicidal atferd og tilbakevendende selvskading"
- Suicidfaren er større ved bipolare former for depresjon, enn ikke-bipolare depresjoner

# 13. PERSONLIGHET

- Se etter a) identitet og b) karakteristiske interpersonlige problemer.
- UPF har et ustabil selvfølelse, BPL har vekslende stil og væremåte.
- BPL har kun intense og ustabile relasjoner ved hypomani, har ikke en redsel for å bli forlatt, er ikke tomme med mindre de er deprimerte og har sjelden problemer med (sosial) vurdering (med unntak i hypomane episoder).
- Skyldes problemene at de er drevet av energi og bare blir "dyttet fremover", eller har personen et "relasjonelt prosjekt"?
- Svaret kan peke på om personen "trekker seg selv", eller om det er energien (i seg selv).

# 13. BEGGE DELER?

- Friborg, Martinsen, Martinussen, Kaiser, Øvergård, Rosenvinge (2013): Meta-analytisk gjennomgang av 122 studier fra 1988-2010: Komorbiditeten mellom stemningslidelser og PF er sterk, og var høy på alle stemningslidelsene (spes. dystymi).
- Fant sammenheng mellom Cluster B og bipolaritet, og Cluster C og unipolare depresjoner
- Brieger (2003) fant på basis av 7 studier en gjennomsnittlig forekomst av PF hos bipolare pasienter på 45 %. Altingdag (2006) fant 57%.
- Gunderson, et al. (2007) fant i 12 studier at ca. 10 % av de med UPF også hadde BP 1, og at 10 % hadde BP 2, andre har funnet ca. 15 %.
- Motsatt fant Zimmerman (1989) på basis av 16 studier at 10 % av de med BP 1 også hadde UPF, og tilsvarende 16 % av de med BP 2.
- De nasjonale retningslinjene anslår ca. 19 %
- Sum: De går altså sjeldent sammen. BP 2 vokter ikke på en bestemt personlighetsstil eller forstyrrelse (Paris, 2007). Hos personer med Bipolar 2 og ingen PF, er den vanligste komorbide (samsykelighet) lidelsen angst og rus

# 13. PERSONLIGHET OG KOMORBIDITET

- The "Hypomane Personlighet" (McWilliams, 2012), eller hypomant forsvar/reaksjoner
- Mulige dynamiske sammenhenger:
  1. Benektelse av tap/sorg/tristhet: Eks «Jeg er ikke trist, jeg er glad»!
  2. Kompensering for maktesløshet: Eks "Jeg er ikke liten, ubetydelig, handlingslammet, men sterk og klarer alt".

# 14. UTLØSENDE FAKTORER

- "Definisjonsmessig" ikke ytre årsak til svingninger ("autonome") ved bipolar 2. Det beskrives likevel en del triggere (risiko) ved tilbakefall:
- Eks. stress, døgnrytmeendringer (for lite søvn), fest, alkohol, søvn, ta fly, forelskelse (positivt stress).
- Andre bare våkner opp, og er deprimerte, gener som slår seg på..?
- Menstruasjon, fødsler, årstid (lys), graviditet, pubertet etc., peker på noe biologisk?
- Hypoman episode kan også utløse en manisk episode, eller etterfølge en alvorlig depresjon.

# 14. UTLØSENDE FAKTORER

- Men, kan det ikke være relasjonelle triggere ved bipolar 2?
- Jo, også livshendelser som forskjellige former for tap kan trigge, men det er kanskje mer slik at de interpersonlige konfliktene de bipolare kommer oppe i, er mer et resultat av den hypomane tilstanden (eks. irritasjon over å bli stoppet).
- Men personer med BPL 2 blir ikke sinte på andre pga. lav selvfølelse, frustrerte behov og sårbarhet, tvert imot - de har GOD selvfølelse – lettere grandiositet og suverenitet. Har "rett", andre blir forstyrrelser – «Dere er ikke så smarte som meg, slippe meg fram!»
- Bipolare kommer kun i krangler og konflikter, har sinneutbrudd (vold) når der hypomane.



# 14. UTLØSENDE FAKTORER

- Vurder kontekst: "Om du er alene på hytta, svinger du like mye da? Og, hva tenker du på?".
- Bipolare tenker på alt de skal sette i gang (JA), ustabile svinger ikke like mye (NEI) med mindre de tenker på om kjæresten er utro...
- Hos de ustabile er det de "miljømessige cues" og interpersonlige problemer som utløser svingningene.
- Eks. Negative forventninger, mer usikre og redde, større sårbarhet, sensitive til relasjonelle og emosjonelle signaler, vansker med ikke å bry seg, opptatt av «hvordan de ble behandlet».
- Bipolare - ofte autonome triggere, eller med et tillegg av (reaktive) stressorer
- Ustabile - alltid reaktive til interpersonlige stressorer som får personen til å føle seg usikker, frustrert, provosert, avvist, sveket, krenket, forlatt.
- De kommer i forskjellige typer konflikter

# 15. AGENT - EIERSKAP

- Bipolare ser oftere på episodene som "deres problem"
- Ustabile varierer i å se på hvem sitt problem dette er.
- Eks: En person med bipolar 2, vil etter en "høy periode" ofte vurdere sine symptomer (ekstrem kreativitet, økt selvtillit, pågåenhet, overforbruk av penger, "mystiske" interesser, uansvarlige handlinger), som både ukarakteristisk og ikke som "glede", mens en ustabil (om de reagerer slik) vil beskrive disse som "det er slik jeg er" at det "skyldes andre" eller "var nødvendig".

# 16. MEDISINER

- Bipolar 2 ses som en biologisk lidelse som man antar har større effekt av medisiner enn ustabile.
- Stemningsstabiliserende og atypisk antipsykotika kan i noen få tilfeller dempe aggressiv impulsivitet hos UPF (Soloff, 2000) men ikke depresjon, mens det reduserer (effektivt) depresjon og mani hos bipolare.
- Bipolare responderer ikke alltid godt på SSRI alene, kan til og med trigge hypomane (agiterte) episoder (Angst). Også kalt "bipolar 3" (Ghaemi, et al, 2002).
- Men også hos bipolare har medisin tvilsom effekt. Anslag kan tyde på at ca. 2/3 har effekt, men at det tar tid å finne riktig medisin.

# 16. MEDISINER

- Hos bipolare antar en at en behandler (og letter) grunnlidelsen (biologien som forårsaker symptomene), mens hos ustabile prøver en å redusere følgesymptomer (angst, depresjon).
- Behovet for medikamentell vedlikeholdsbehandling for Bipolar 2 er ikke dokumentert (Karterud, 2014).
- Ingen medisiner hjelper på "grunnlidelsen" hos ustabile og medisiner har stort sett en marginal effekt (Ripoll, et.al, 2011).
- UPF får ikke-spesifikke responser til stemningsstabiliserende.
- Derimot stor fare for polyfarmasi hos ustabile (4-5).
- Med komorbid PF og BPL, er effekten av medikasjon for depresjon mindre.

# 17. PROGNOSE

- Bipolar 1 blir ikke bedre med alderen (blir tvert imot dårligere).
- Bipolar 2 blir også verre, dvs. perioden mellom "episoder" blir kortere og kortere, og de ender opp med å tilbringe mesteparten av tiden i "ødeleggende depresjoner" (flere og lengre).
- UPF blir bedre med alderen og har derfor en bedre prognose, Så det er en fordel å få en UPF-diagnose!!
- Langtidsutfallene mellom bipolar 2 og ustabil PF likner ikke på hverandre (Paris, 2011).

# 18. UTREDNING

- TESTER/INTERVJUER/SCREENING:
  - MINI +/SCID
  - HCL 32 (Hypmanic check list)
  - YMRS (Young Mania Rating scale)
  - IDS (Inventory of Depressive Symptomatologi)
  - MR/PET/FMRI (kan ikke brukes som diagnostisk skille)
  - SYKEHISTORIE:
  - a) Innhente komparentopplysninger
  - b) Lag tidslinje (id. perioder).
  - c) Familie-anamnese
-

# 18. UTREDNING

- A) psykoaktive stoffer
- B) Organiske lidelser
- Blodprøver (anbefalt): Hemoglobin, CRP, lipid, blodsukker, tyreoidfunksjon (TSH og fritt T4, og anti-TPO ved forhøyet TSH, lavt fritt T4 eller kliniske symptom på hypotyreose), kalsium, fosfat, magnesium, ALP, gamma-GT og kreatinin. Ved kroniske depresjoner hos eldre: homocystein og metylmalonsyre.
- MR v/mani for å utelukke hjernesykdom, ev. EEG mtp stille epilepsier).

# 18. UTREDNING

- Det vanligste er MDQ – mood disorder questionnaire
- Spørsmål om "behov for mindre søvn" og "at andre kommenterer på deg" er sensitive nok.
- Men hva med "irritabilitet" og "økt selvtillit"?
- 7 av 16 - får (lett) for mange falske positive?
- Zimmermann (2009): "Det denne screeningen med selvrapport egentlig måler er affektiv ustabilitet, ikke episoder".
- Paris (2012): Det blir for mange måter å få en høy score på, uten at det trenger å være hypomani.
- Ghaemi (2017). 3 spørsmål skille seg ut: 1. Elevert humør, 2. økt målrettet atferd, 3. Episodiske humør-symptomer



# 18.PROBLEMER MED UTREDNING

- Pasienten
- Tvilsom selvrappport – siden de skal være stabilt høye over 4 dager, vil mange huske det slik, men det trenger ikke stemme. De kan rapportere alle slags "skjevheter" – Eks. "Ja, min far var kronisk irritabel" eller "når jeg ikke får sove pleier jeg å stå opp og støvsuge hele huset".
- Personene oppsøker ikke hjelp i hypoman tilstand. Typisk blir diagnosen satt i retrospekt, når folk er deprimerte og de klager da sjeldent på hypomani. Spør man ikke om historie, under-diagnostiseres det som «alvorlig depresjon».
- Personen blander sammen tilbakevendende energi eller aktivitet, som skyldes remisjon fra en alvorlig depresjon.

# 18. PROBLEMER MED UTREDNING

- Terapeuten
- Blander også sammen "lettelse" og hypomani: Noen med UPF beskriver en "lettelse" over å ha kommet ut av en depresjon, og den kan likne på den euforien en ser hos hypomane. Men, spørsmålet er om "lykken" tipper over til en annen ekstrem, eller er de bare lettet?
- Terapeuten har ikke noen begrep om energi-økning: Eks personen tenker og snakker dobbelt så fort, får mange ideer, snakker bare om sitt, har en "energipumpe", økt sex - drive, trener mer, trenger mindre søvn etc. Terapeuten tror dette er et godt tegn...
- Terapeuten må se den økte energien i relasjon til personen (som den bør kjenne) – er dette vedkommendes vanlige jeg?
- Terapeuten ser begge tilstandene, men vektlegger (bare) det depressive, mer enn det hypomane.
- Terapeuten glemmer å spørre. Terapeuter er ikke særlig bipolare...
- Klinikeren må vite om, og kunne diagnostisere, en personlighets (forstyrrelse).
- Terapeuten blir så i tvil, ender med handlingslammelse

# 18. OPPSUMMERING UTREDNING

- Paris (2012) pleier å stille 2 screening - spørsmål:
- 1. "Har noen av dine slektninger vært innlagt" og
- 2. "Har andre fortalt deg at du har vært gjennom perioder der du ikke har vært deg selv"?
- Støttes av de fleste: Bruk familiehistorie og traumehistorie som kliniske indikatorer

# 19. BEHANDLING

- Viktig å skille fordi behandlingen er forskjellig:
- BPL: Medisiner, psyko-pedagogikk (Colom, 2003) CBT, familierapi, bipolar-kurs.
- Forebygging av tilbakefall er svært nyttig; varselsymptomer, stemnings-dagbok, sosial rytme terapi etc. (Morris, 2007, Lam, 2009)
- UPF: Primært psykologisk (spesialisert psykoterapi DBT/MBT/SFT/OFT og psykososiale tiltak.
- Tidlig intervensjon (spesialisert) er virksomt hos begge (Haver, Ødegård, Fasmer, 2012)

# OPPSUMMERING BP 2 OG EUPF

- Der personen har alvorlige og tilbakevendende, (unipolare) depresjoner, (som kan "maskere" eller senere "slå om til" en bipolar lidelse) bør en stoppe opp.
- Og når humørsvingninger er assosiert med forandringer i grandiositet, energi, psykomotorisk aktivitet og lite søvnbehov, er det rimelig å anta at det kan passe under en bipolar lidelse.
- Men uten disse kjennetegnene, er hovedalternativet å se på problemer med "affektiv ustabilitet", i retning av "emosjonell dysregulering".
- Et alternativ da er å se om disse kan linkes til PF, og i så fall hvilken.
- Likheter som "affektiv instabilitet" og "impulsivitet" er overfladiske, for forskjellene mellom lidelsene er alt for store og lar seg skille fra hverandre.
- Den ene er en biologisk lidelse, den andre en psykologisk. Komorbiditet er kanskje ikke så vanlig som først antatt (Ghaemi et al, 2014)?
- UPF har en annen etiologi, utvikling, forløp, emosjonell dys-reguleringsprofil og behandlingsrespons (Leichensring et.al., 2011; Parker, 2011; Bayes et al 2014).

# OPPSUMMERING BP 2 OG EUPF

- En kan gå i begge fellene: over og under -diagnostisering, og begge fører til svært uheldige konsekvenser
- UPF har en mye større risiko får å bli feil-diagnostisert som BPL (Ruggero, 2009, 2010) og det er mer sannsynlig at det er en underdiagnostisering av ustabile blant bipolare, enn motsatt (Karterud).
- Og det er trolig verre å feil-diagnostisere mot Bipolar lidelse enn UPF, da de vil bli tilbudt medisiner og ikke psykoterapi, om det hadde vært omvendt.
- Det er lite belegg for å inkludere Ustabil PF i en bipolar spektrum lidelse (Zimmermann, Paris).
- Det er bred enighet om at dette er to distinkte og urelaterte lidelser (Choi-Kain & Gundersen, 2014) og problemene med overlapp i symptomer fører mer til feildiagnostisering enn at det er et tegn på samsykelighet.

NY BOK!

