

# BIPOLARKURS

## 1. Introduksjon



**Høsten 2026**

Marcus Gabrielsen og Ingrid Bunæs  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

# Presentasjon – hvem er dere?

- Navn og alder
- Hvor lenge har du vært syk og hvor lenge har du vært i behandling?
- Har du type I eller type II?
- Har du noen forventninger til kurset?

# Den moralske taushetsplikten

# Tema for kurset

1. Introduksjon
2. Årsaker til og forløp av bipolar lidelse  
*Høstferie*
3. Mani/hypomani og blandet tilstand - symptomer
4. Mani/hypomani og blandet tilstand - tiltak
5. Depresjon - symptomer
6. Depresjon - tiltak
7. Medisiner - generelle prinsipper
8. Medisiner - de ulike typene
9. Psykologisk behandling og følelser
10. Stressmestring
11. Søvn og regelmessighet. Rusmidler og kosthold
12. Sosiale og økonomiske rettigheter. Barn som pårørende
13. Oppsummering og evaluering  
*Juleferie*
14. Oppfriskningsmøte

# Hensikten med kurset

Å møte andre. Aksept. Få mer kunnskap.

Men viktig å vurdere hva som gjelder deg. Feller: Alt gjelder meg, ingenting gjelder meg

Arbeide med seg selv og tilegne seg ferdigheter

Stemningsdagbok

Mestringsplan - varselsignaler og tiltak

Regelmessighet

Reguleringsferdigheter

# Faste punkter på programmet

Trepunktssjekk. Noter stemningsleie siste uka i arbeidsboka.

Spørsmål fra sist.

Foredrag og samtale om dagens tema

Pause ca 10 minutter

Summegruppe 20 minutter

Fortsetter foredrag og samtale om dagens tema

Oppgaver til neste gang

# Arbeidsboken

Kort presentasjon av ukens tema og hjemmeoppgaver. Plass til å notere litt.

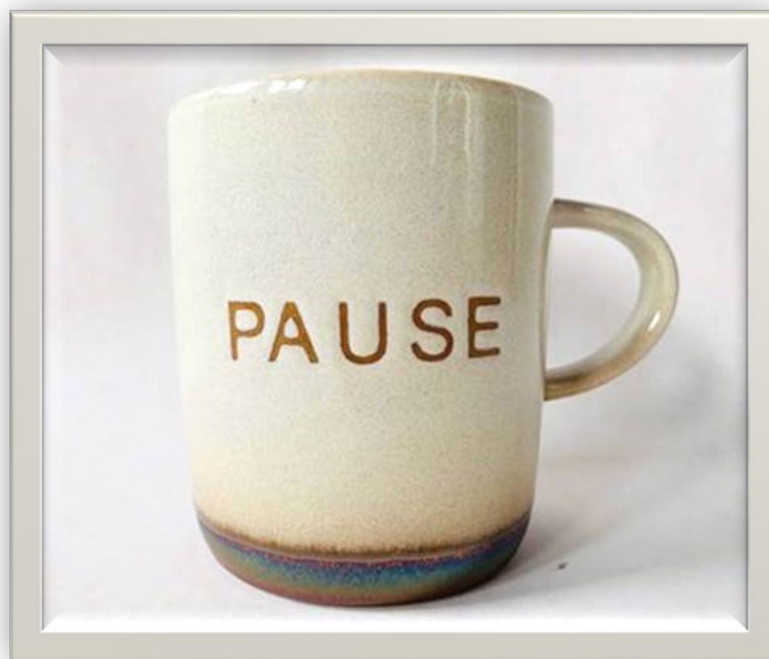
Fuller presentasjoner finner du på nettsidene våre:

Stemningsdagbok for gjeldende uke – hva vil *du* registrere?

Bakerst er det en stemningsdagbok for å registrere hvordan hele uken har vært

Det er også en tidslinje som blir hjemmeoppgave til neste gang

Og til slutt en Mestringsplan som vi skal arbeide med gjennom hele kurset



**10 minutter**

# Hva er bipolar lidelse?

En kronisk psykisk lidelse som i *perioder* fører til unormalt store svingninger i en persons stemningsleie, aktivitets- og energinivå.

Tidligere kalt manisk-depressiv lidelse.

# Konsekvenser

Alvorlige symptomer i perioder

- Depresjon – ofte det mest smertefulle for den det gjelder

- Mani – ofte det mest bekymringsfulle for andre

- Selv mordstanker

Kan påvirke

- Hvordan man fungerer i det daglige

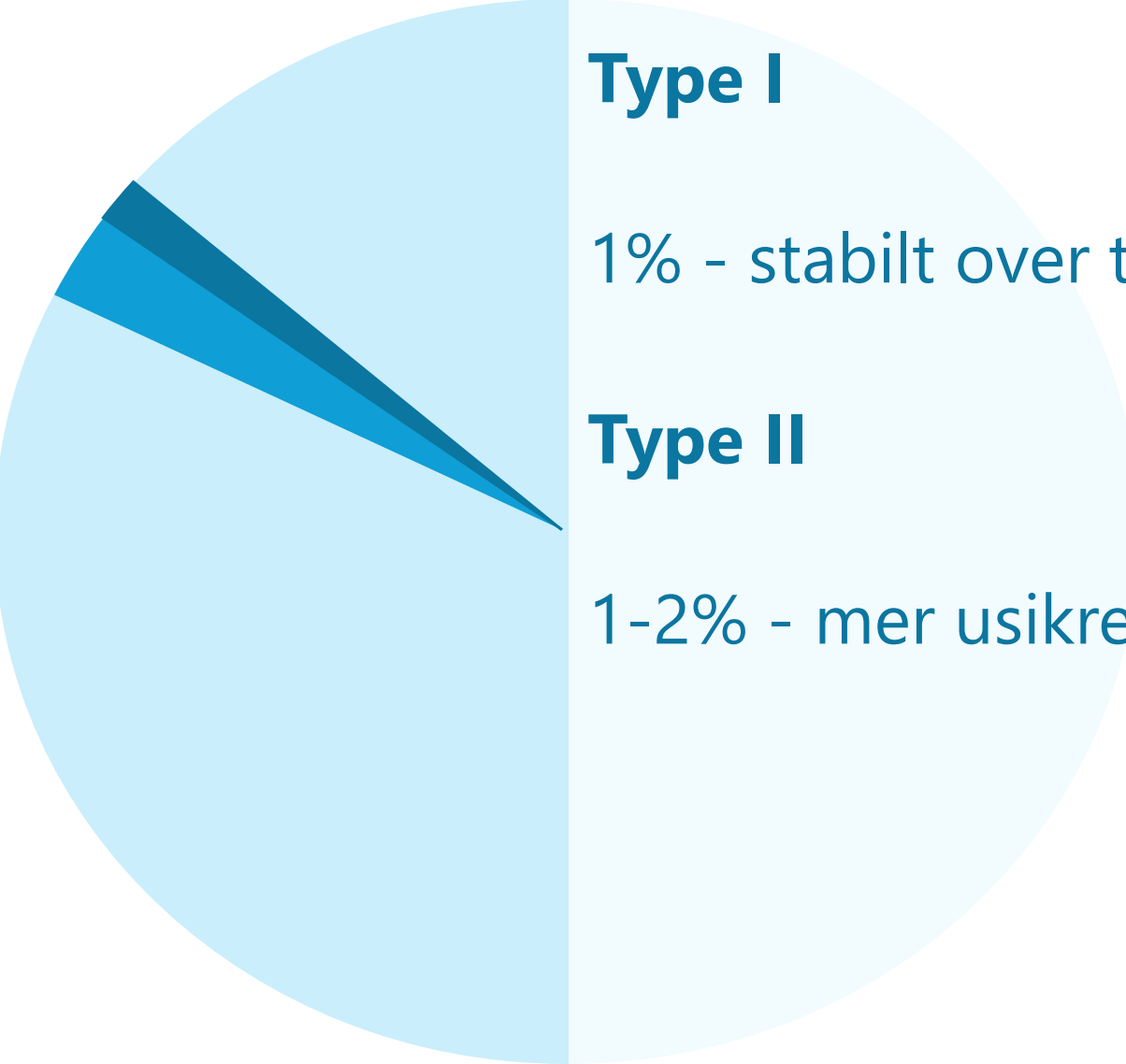
- Nære relasjoner

- Arbeidsevne og utdanning

- Økonomi

- Hvordan man forholder seg til kroppens behov

# Utbredelse



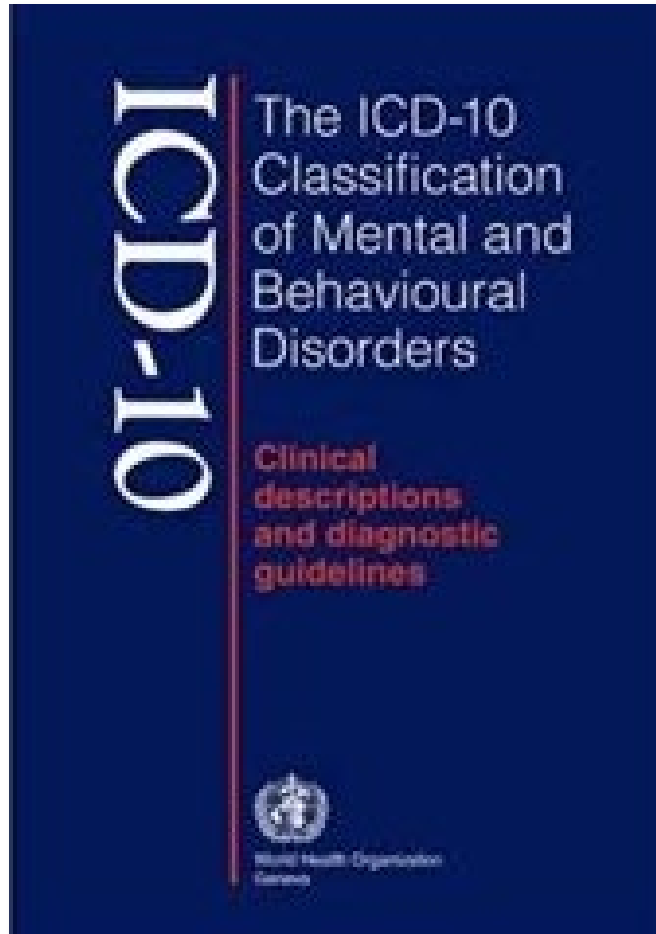
## Type I

1% - stabilt over tid. lite geografisk variasjon.  $\sigma = \text{♀}$

## Type II

1-2% - mer usikre tall  $\sigma < \text{♀}$

# Diagnoser



F00-09: Organiske psykiske lidelser

F10-19 Rusmiddellidelser

F20-29 Schizofreni og psykose

**F30-39 Affektive lidelser  
(stemningslidelser)**

F40-48 Angst og traumelidelser

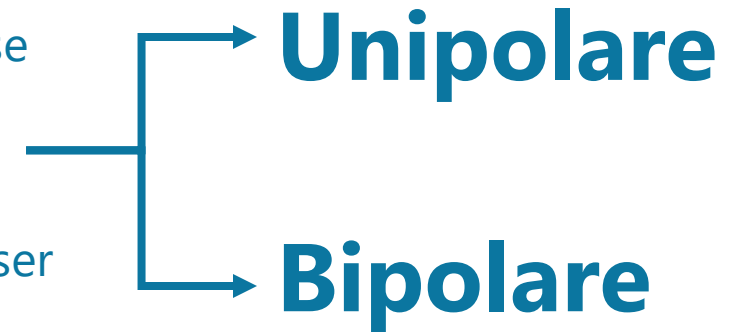
F50-59 Spiseforstyrrelser,  
søvnlidelser, seksuelle dysfunksjon  
mv

F60-69 Personlighetsforstyrrelser

F70-79 Psykisk utviklingsforstyrrelse

F80-89. Autismerpekter mv

F90-98 ADHD, tics m.v



# Bipolarspekteret

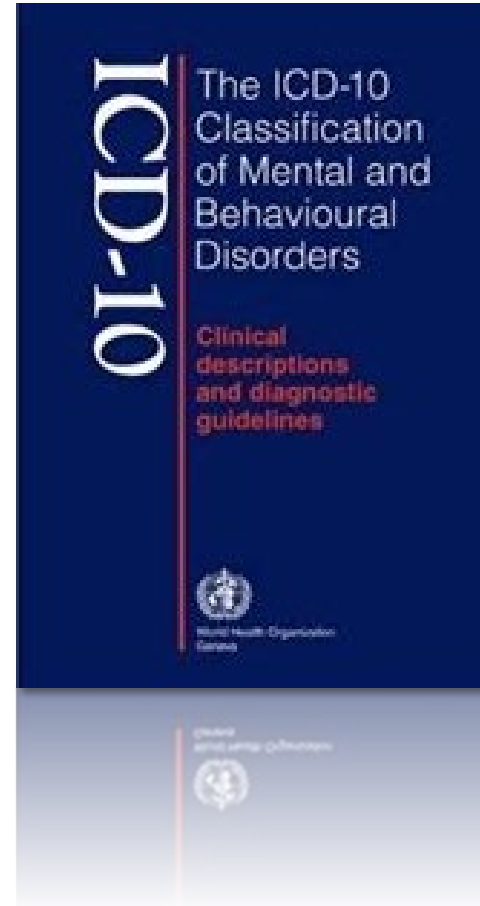
Bipolar 2,5 – 3 – 3,5 – 4 – 5 – 6

Recurrent Brief Depression

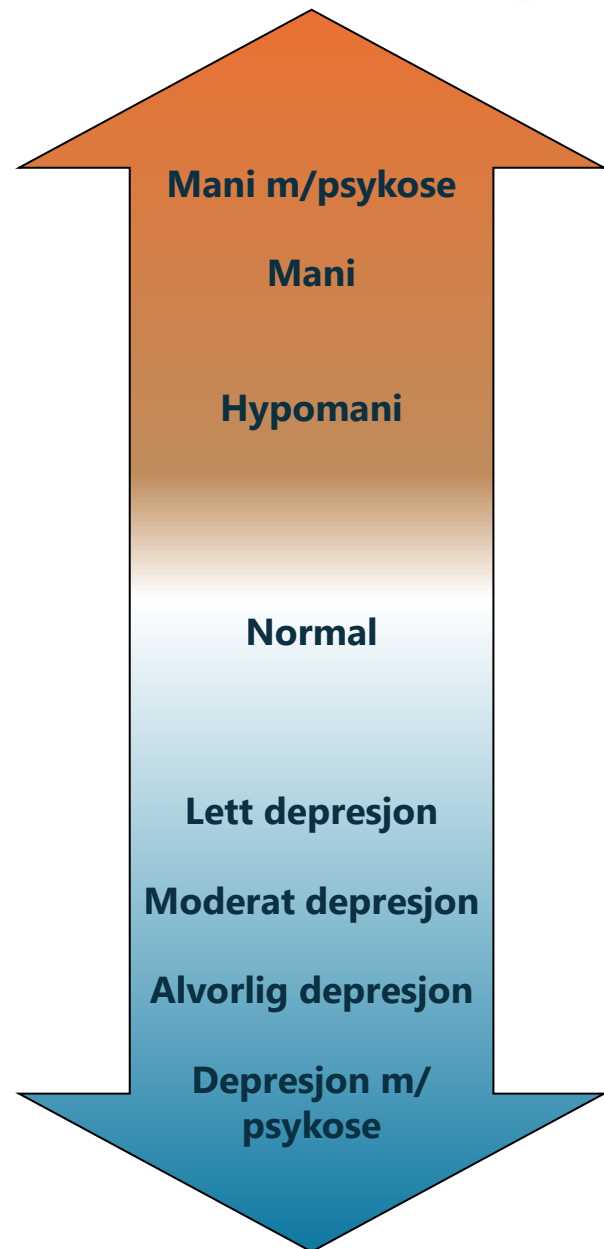
Cyclotymt temperament

Dysthymi, cyclotymi

Ultra rapid cycling



# Det bipolare spekteret



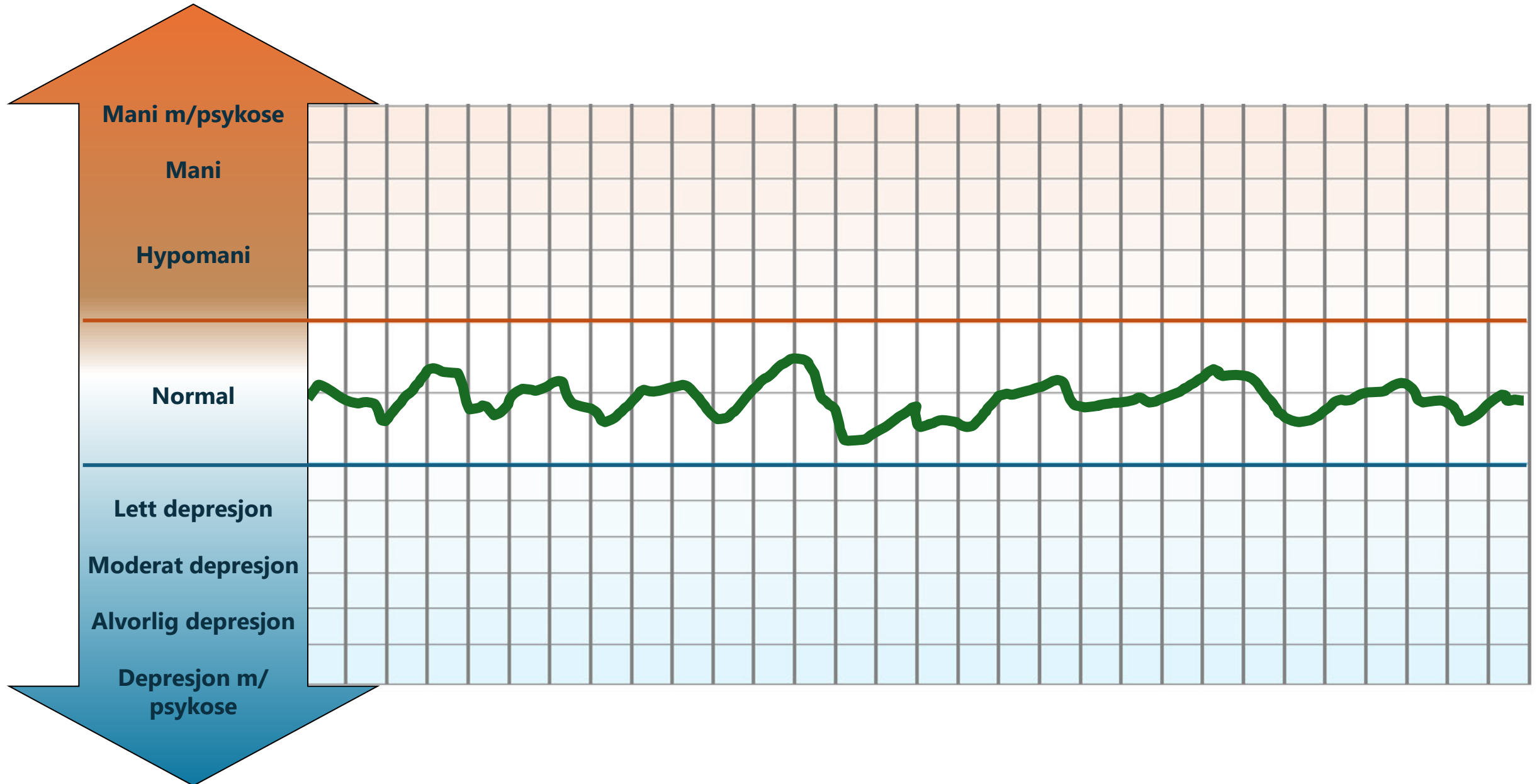
Stemningsleiet svinger mellom to poler - to ytterpunkter:

**Det maniske** forhøyet stemningsleie/ aktivitetsnivå

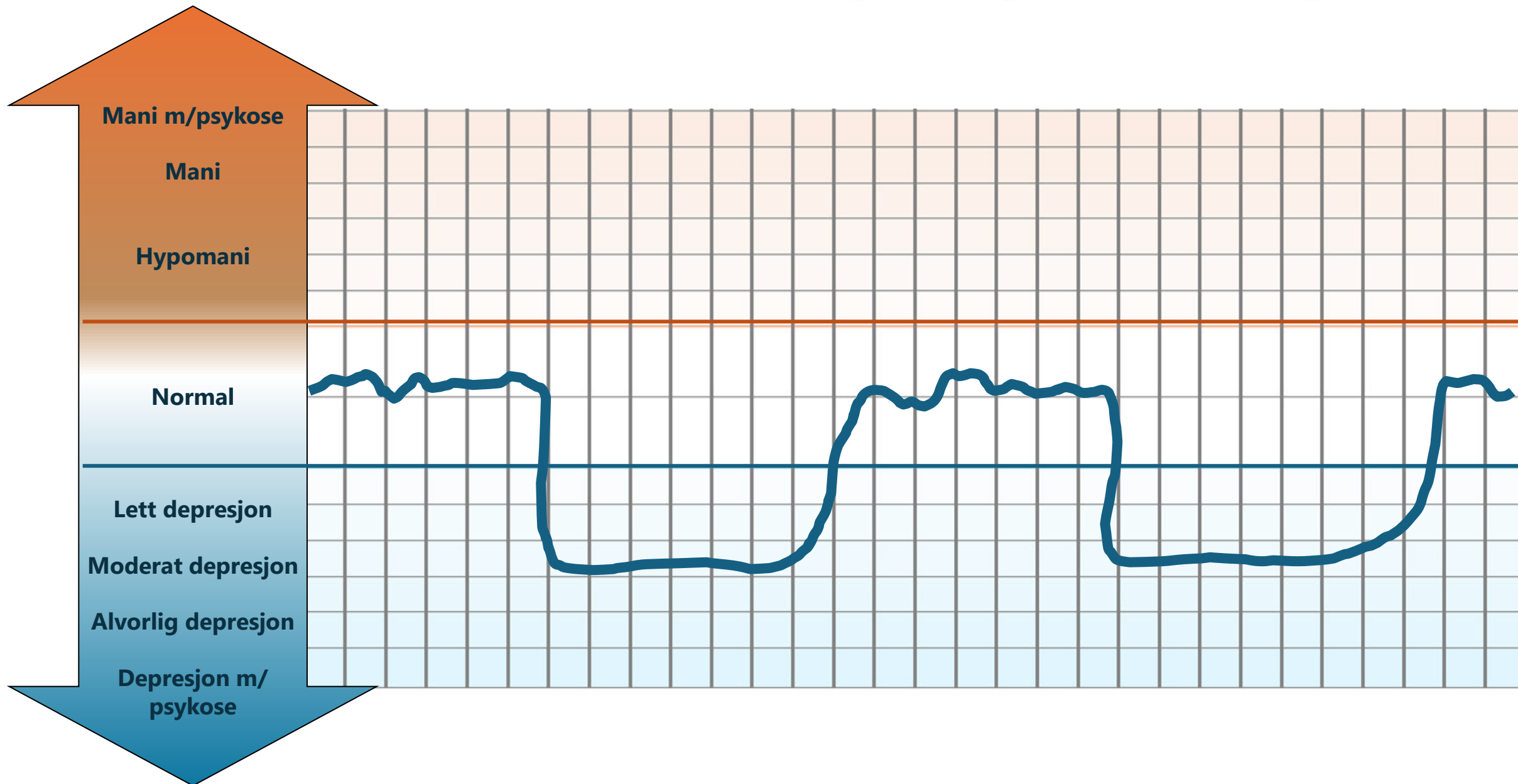
**Det depressive** senket stemningsleie/aktivitetsnivå

Ofte normalt stemningsleie mellom disse

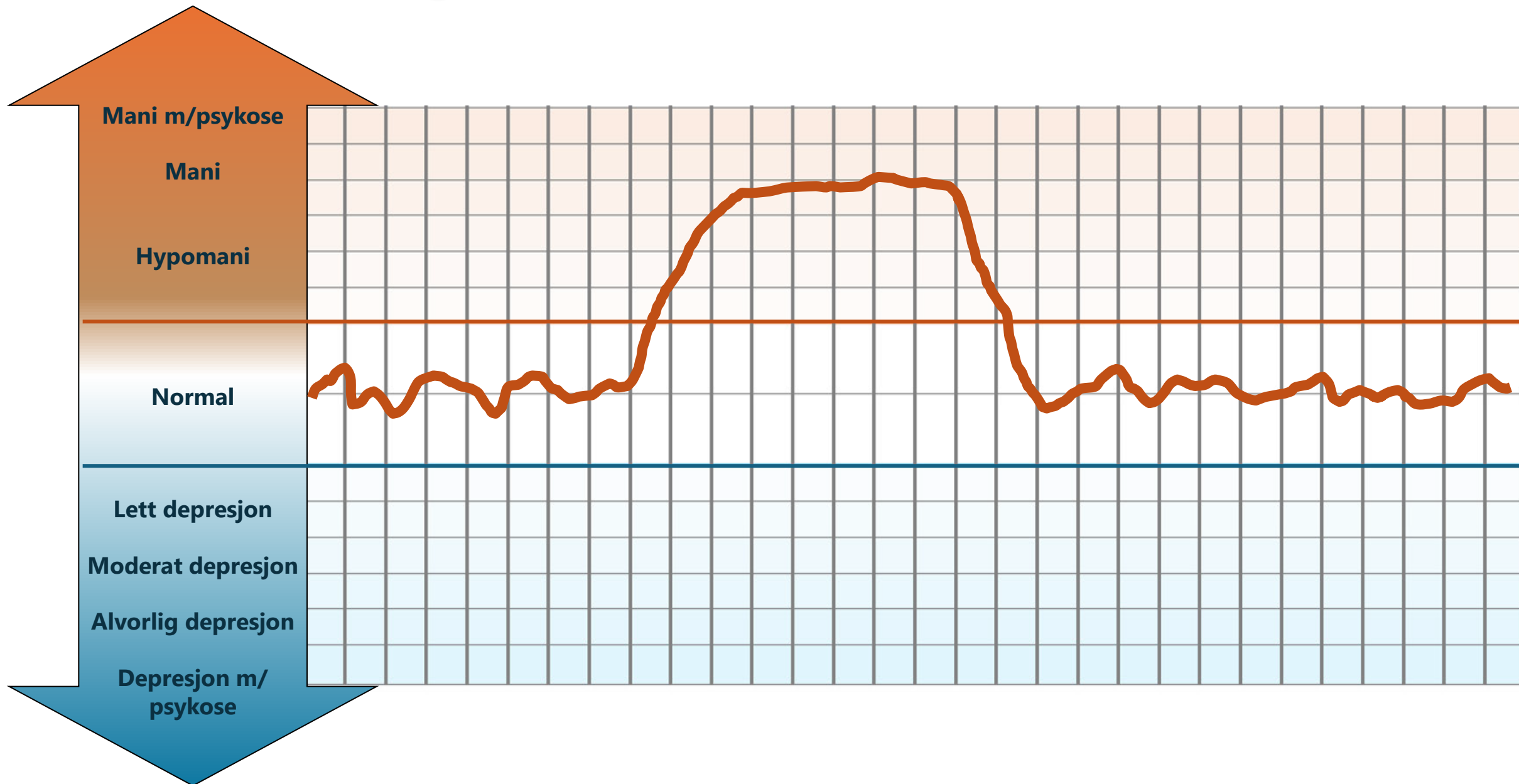
# Normale stemningssvingninger



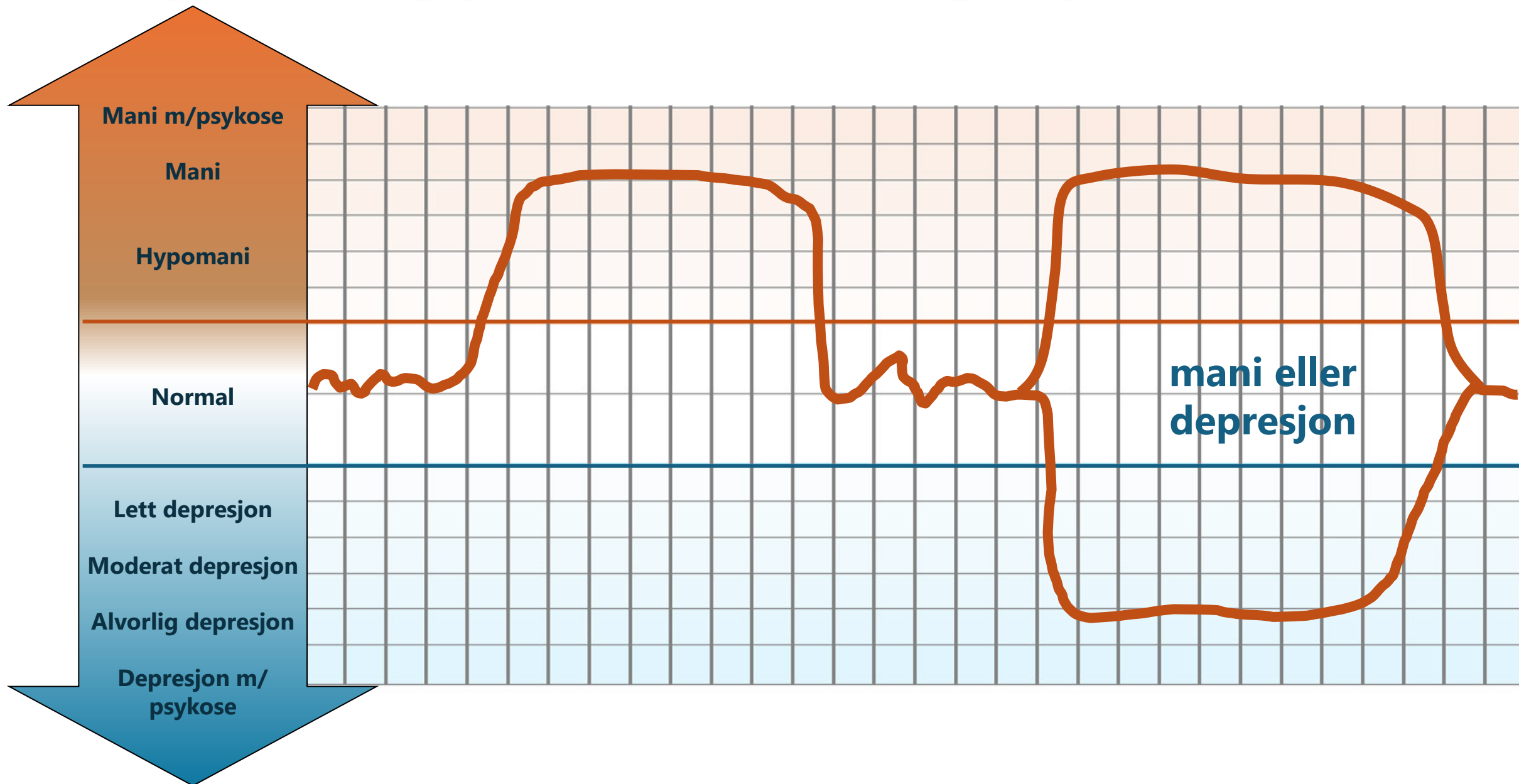
# Tilbakevendende depresjon (unipolar)



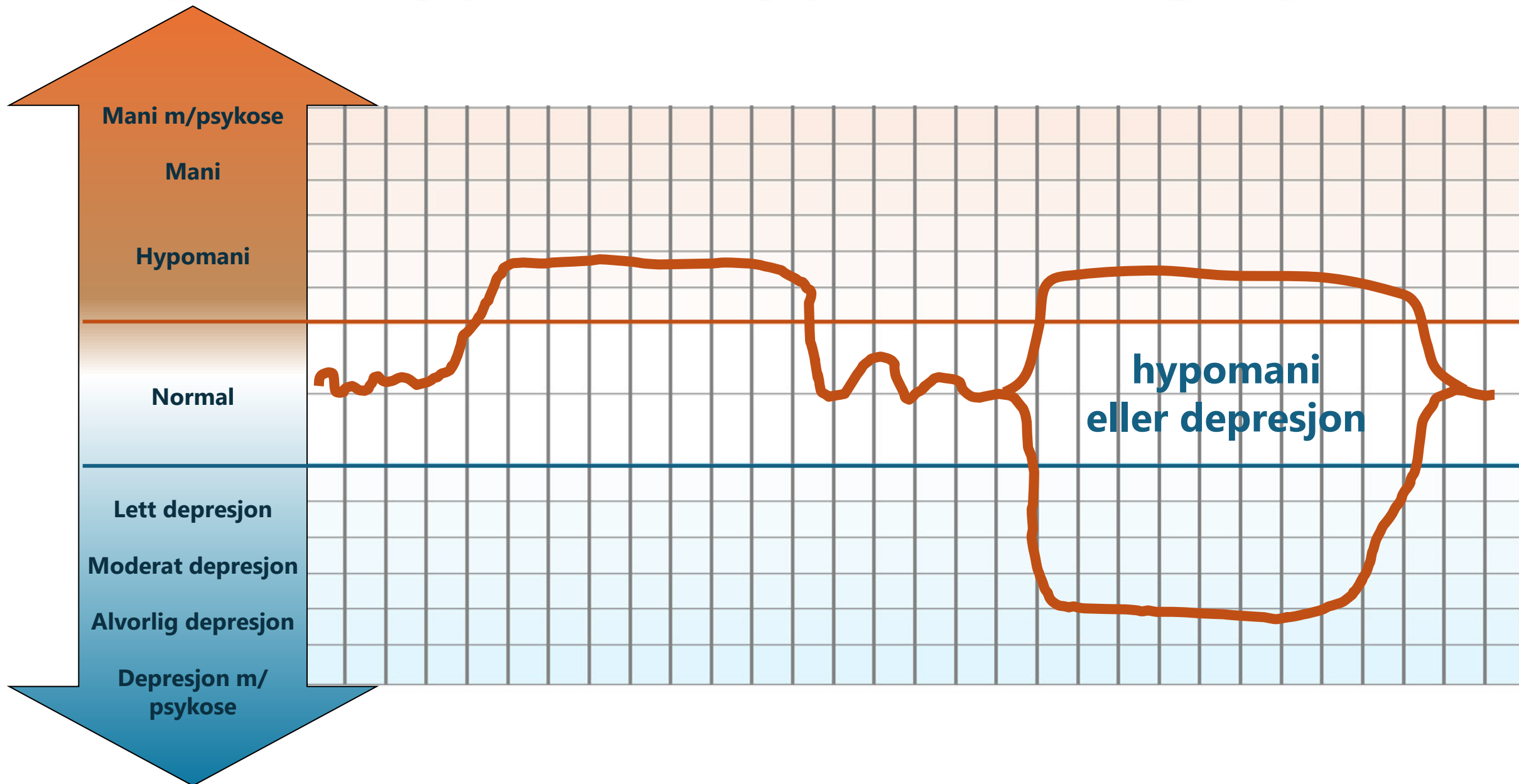
# Manisk episode



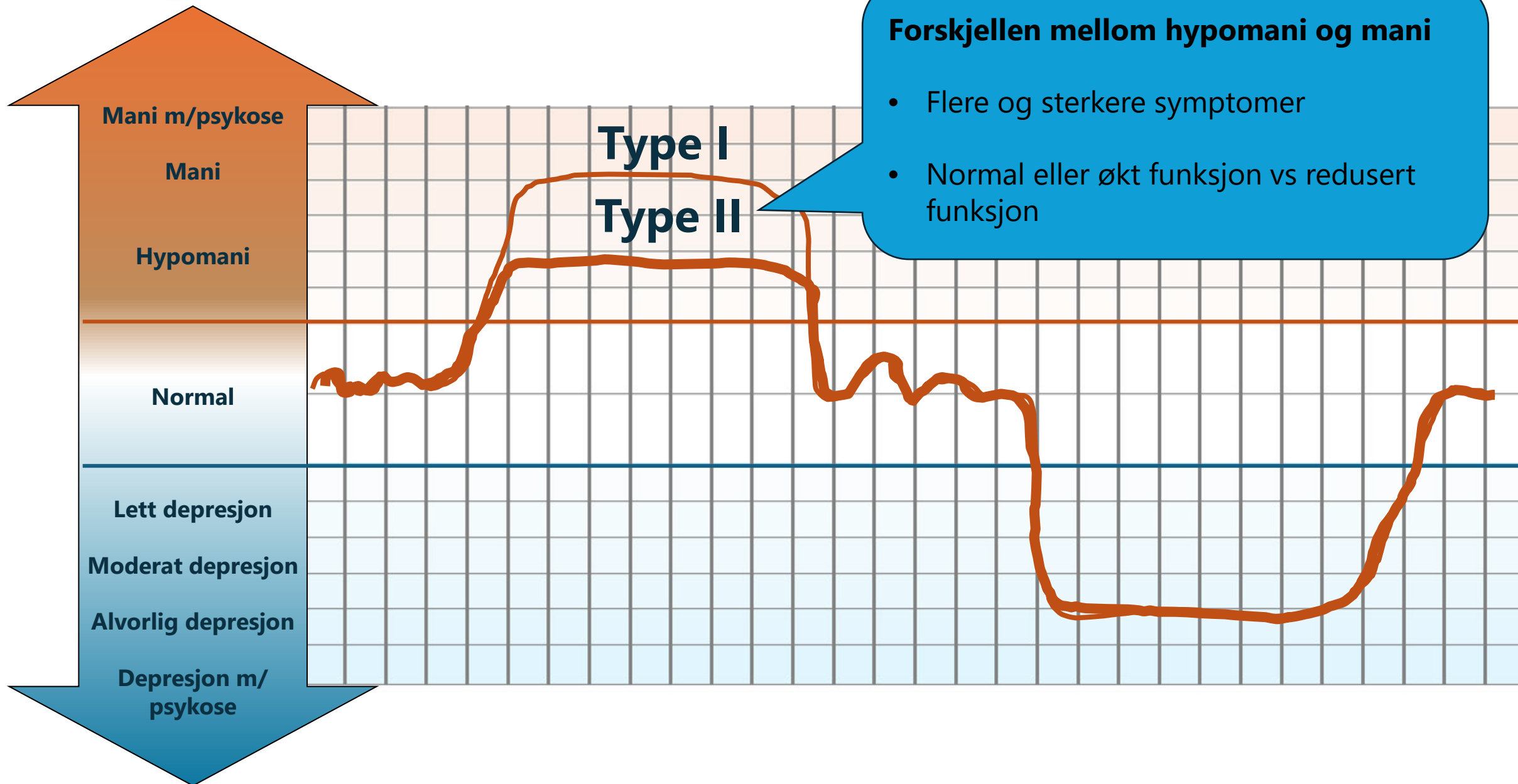
# Bipolar type I – mani og episode



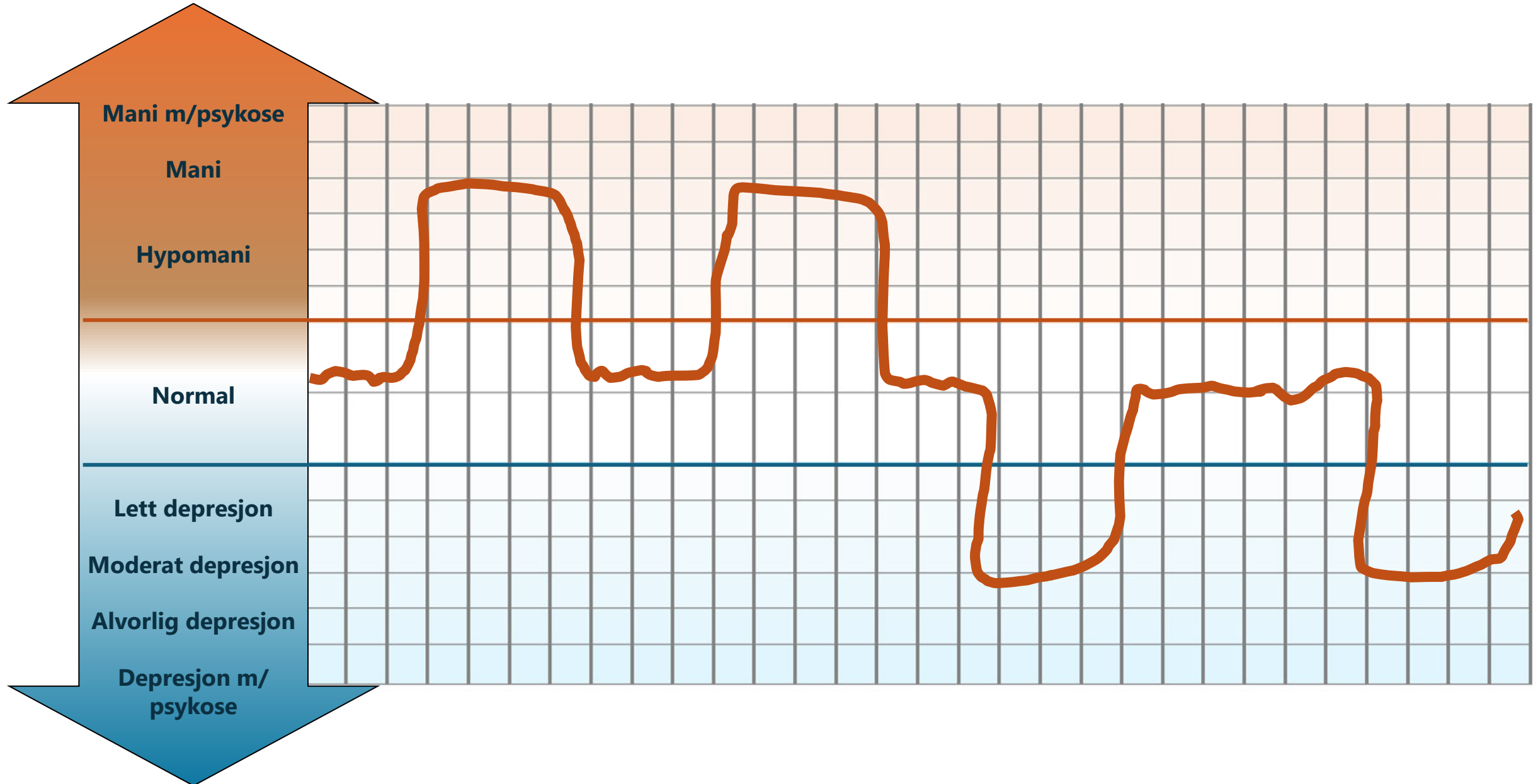
# Bipolar type II – hypomani og episode



# Bipolar I vs II



# Rapid cycling



# Hvordan diagnostisere

Diagnosen stilles ut fra:

1. Aktuelle symptomer/sykdomsbilde
2. Sykehistorie/tidligere sykdomsepisoder
3. Forløp – hyppighet, intensitet, mønster, dominerende pol

# Hvorfor diagnostisere?

**Kvalitetssikring** – få riktig behandling

Utløser trygderettigheter

Fagterminologi – forenkler kommunikasjon

Bidrar til å forklare tidligere adferd og frata skyld

# Summegruppe – 20 minutter

## Opplevelser og tanker rundt det å få diagnosen...

Hvordan ble diagnosen utredet?

Hvordan ble diagnosen formidlet?

Fikk du nok informasjon?

Hva viste du om lidelsen fra før?

# Hjemmeoppgaver til neste gang

1. Bli kjent med arbeidsboken og før stemningsdagbok
2. Tegn en graf over stemningsepisodene i livet ditt (side 32-33)
3. Tenk på hvordan du ble syk første gang. Kom det brått eller snikende? Ble du oppstemt eller nedstemt? Var det noe spesielt som skjedde i tiden før? Reagerte andre på deg?

# Takk for i dag!

Dette kurset er opprinnelig basert på modellen til Colom, Vieta og Scott

I perioden 2005-2007 ble det utviklet en norsk variant av psykolog Nina Andresen ved Josefinesgate DPS med ansvarlig Gunnar Morken ved St. Olavs Hospital og viktige bidrag fra psykolog/stipendiat Elin Wullum også ved St. Olavs Hospital og fra professor Ole Andreassen ved Ullevål Universitetssykehus. Det ble tildelt midler til prosjektet fra Rådet for psykisk helse på vegne av Helse og Rehabilitering med Extra-midler fra Norsk Tipping.

Kurset er senere revidert en rekke ganger både nasjonalt og lokalt.

Kursopplegget som brukes her er en betydelig omarbeiding gjort av overlege Marcus Gabrielsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, sist i 2026

# BIPOLARKURS

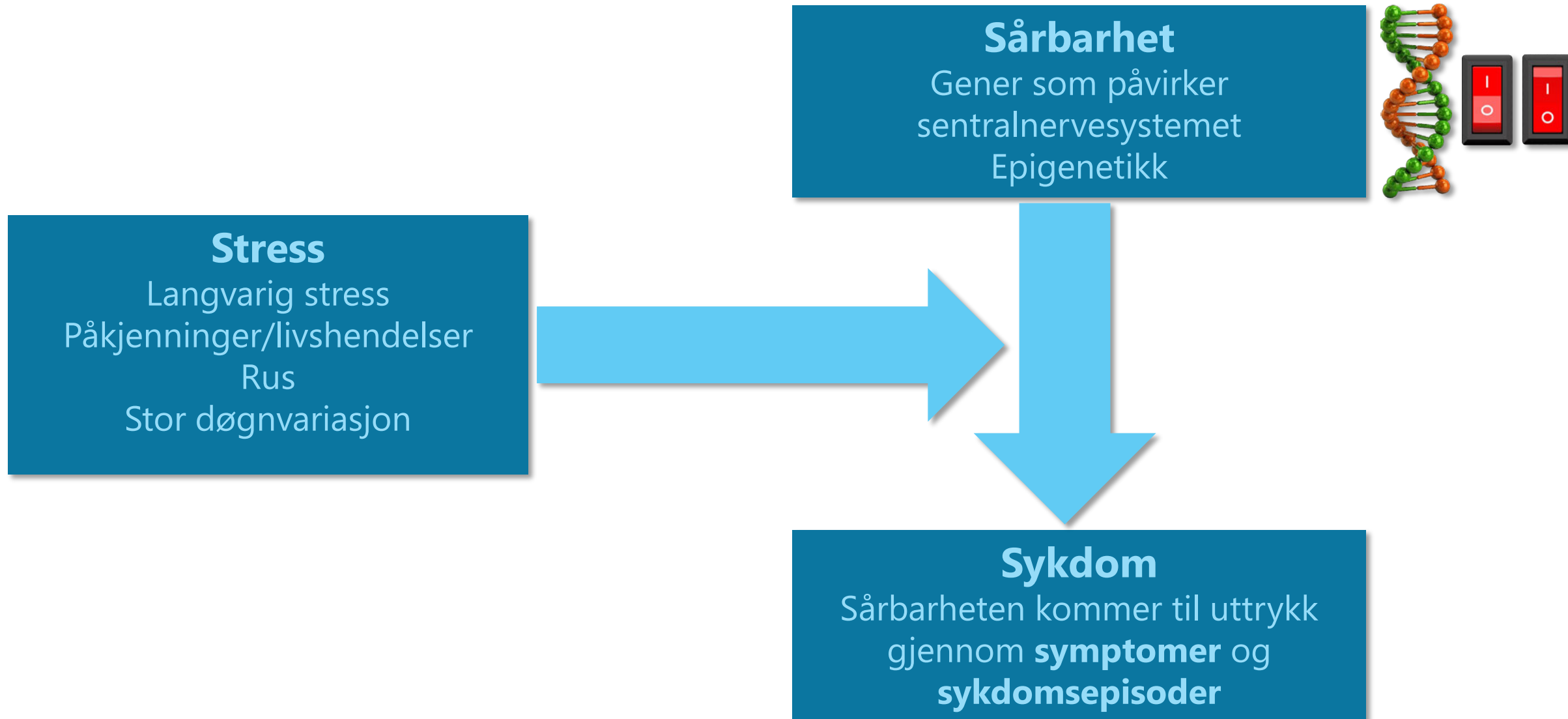
## 2. Årsaker og forløp



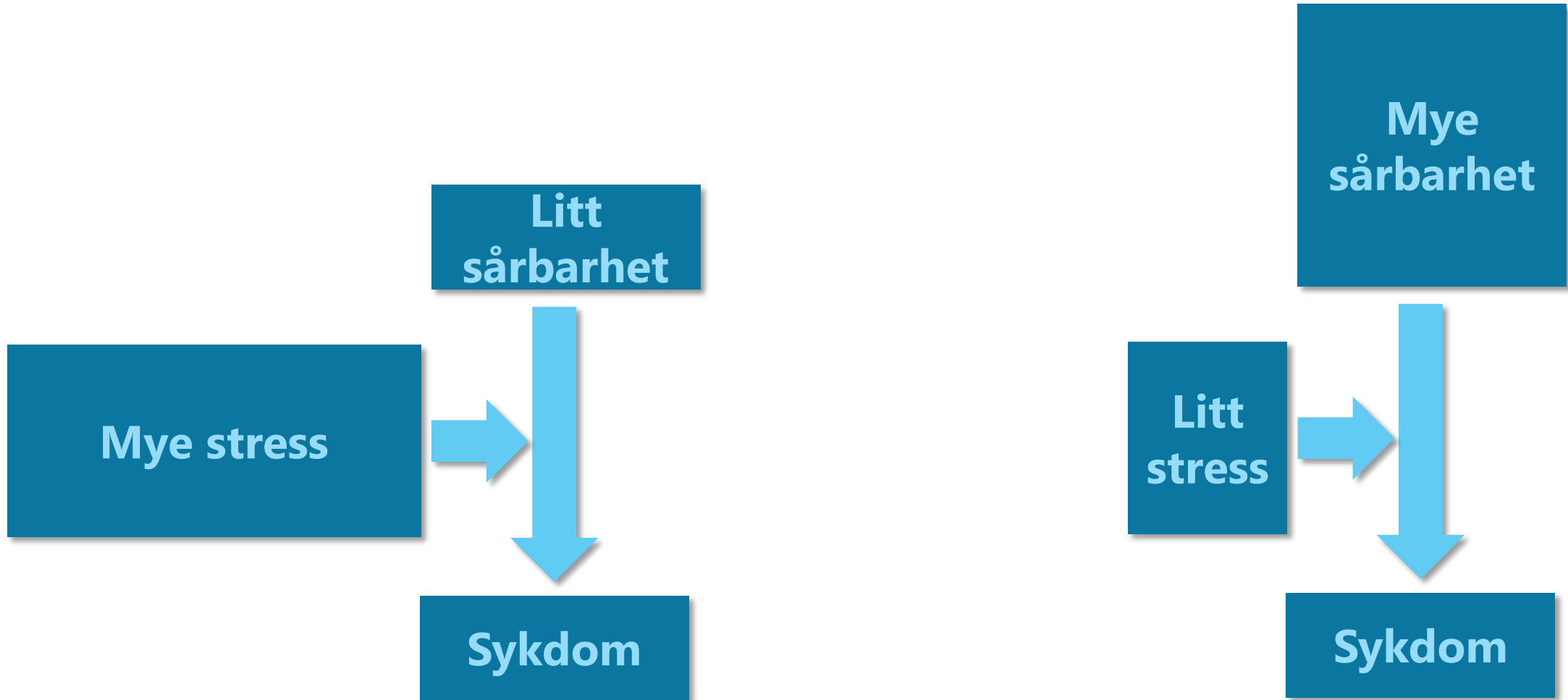
**Høsten 2026**

Marcus Gabrielsen og Ingrid Bunæs  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

# Årsak: Stress + sårbarhet



# Årsak: Stress + sårbarhet



# Gener

**Svært mange gener involvert**

Ingen enkeltgener gir betydelig risikoøkning. Epigenetikk

**Familie- tvilling- og adopsjonsstudier**

Arv er en viktig forklaring for om man får eller ikke får bipolar lidelse

**Høyere risiko hvis flere nære slektninger har bipolar lidelse**

Førstegradsslektning med BP ?

Enegget tvilling ? - toegget tvilling ?

**Å ha det i genene betyr ikke nødvendigvis at du utvikler lidelsen**

# Arvelighet

Hva betyr det at noe har høy arvelighet?

Hva ligger i begrepet heritabilitet?

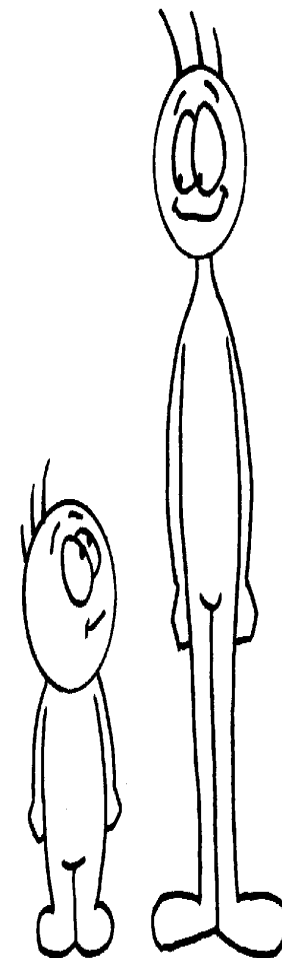
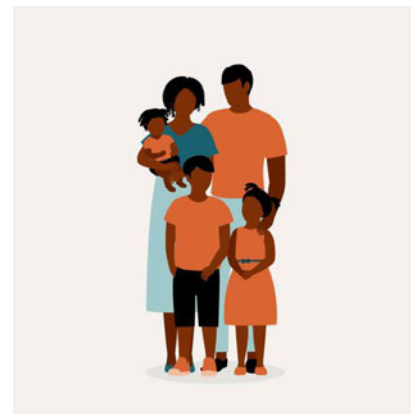
# Arvelighet

**Høyde** er i stor grad genetisk bestemt...

...men ikke om vi rammes av en **sultkatastrofe**

| Tilstand                             | Tvillingbasert arvelighet |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Autismespekterlidelser               | 80-90%                    |
| <b>Bipolar lidelse</b>               | <b>80-90%</b>             |
| ADHD                                 | 70-80% (snitt 74)         |
| Schizofreni                          | 70-80%                    |
| Antisosial personlighetsforstyrrelse | 50-60%                    |
| PTSD-symptomer                       | 40-70%                    |
| Borderline personlighetsforstyrrelse | 40-50%                    |
| Depresjon (major depressiv disorder) | 40%                       |
| Generalisert angst                   | 40%                       |
| Andre egenskaper                     | Tvillingbasert arvelighet |
| Høyde                                | 90%                       |
| Diabetes I                           | 80%                       |
| Diabetes II                          | 60%                       |
| Hjerteinfarkt hos kvinner            | 60%                       |
| IQ                                   | 50%                       |
| Nevrotisisme                         | 30-50%                    |
| Koffeininntak                        | 30-45%                    |
| Meslinger                            | 16%                       |

# Arvelighet – en historie



# Genetikk 2026

**nature**

Article | Published: 22 January 2025

## **Genomics yields biological and phenotypic insights into bipolar disorder**

Den største studien i sitt slag

Ca 158.000 med bipolar lidelse (type I > type II)

Ca 2,8 millioner i «frisk» kontrollgruppe

# Genetikk 2026

Sterk genetisk slektskap særlig mellom bipolar I og schizofreni

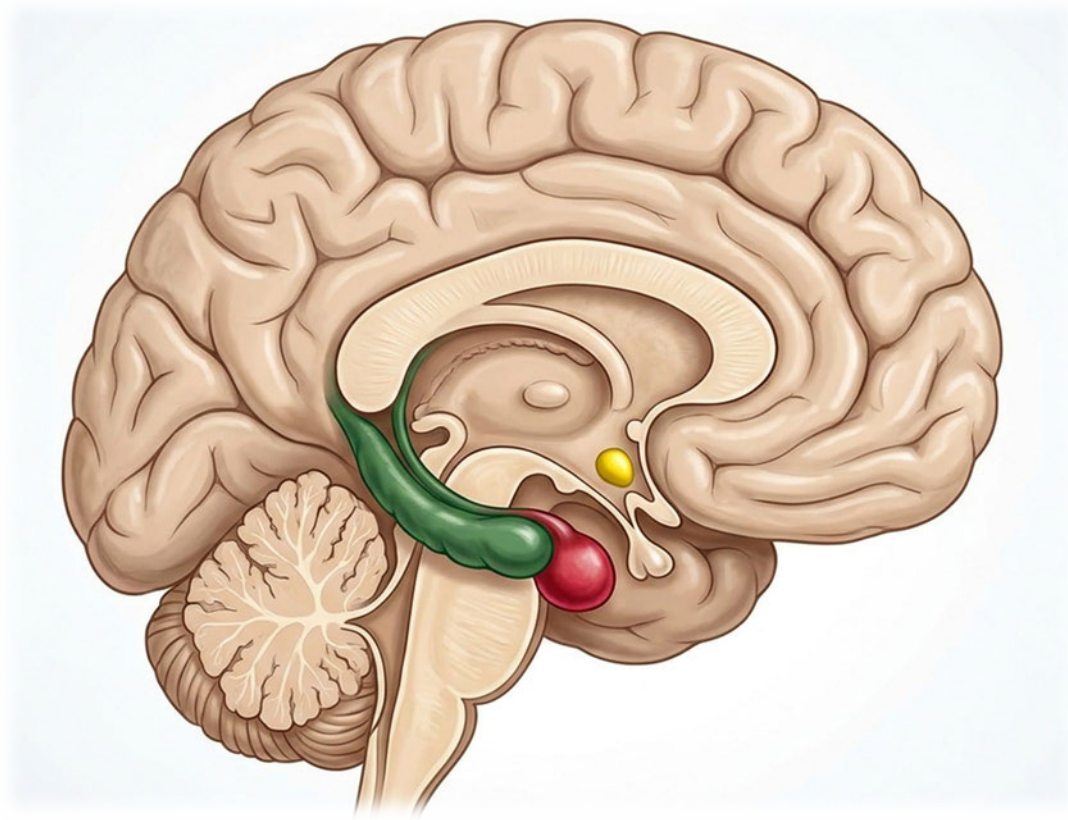
Genetisk slektskap for bipolar II er mer mot unipolare depresjoner

Også genetisk slektskap med ADHD og autismespekter, men svakere

Det er også en liten genetisk korrelasjon med anorexi og med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse («borderline»), men denne var svakere enn man hadde forventet

Nesten ingen genetisk korrelasjon med nevrologiske lidelser som Parkinson og Alzeimer som tyder på at bipolar mer er en nevroutviklingsforstyrrelse og ikke en nevrodegenerativ sykdom

# Nevrovitenskap



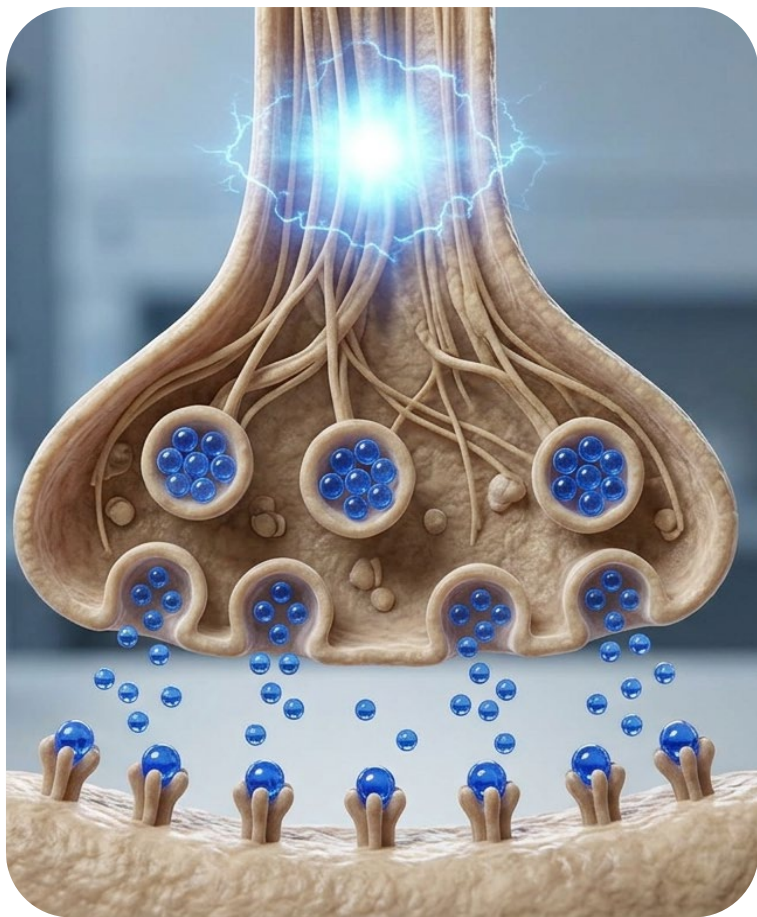
Særlig tre områder i hjernen har vært antatt involvert ved bipolar lidelse:

**Amygdala.** Viktig for følelser, særlig angst og frykt

**Hippocampus:** Viktig for innlæring

**Nucleus suprachiasmaticus:** Vår sentrale biologiske klokke

# Nevrovitenskap



Et elektrisk signal vandrer nedover og gjør at signalstoffer slippes ut fra nervecellen. De svever i spalten mellom to nerveceller og kan binde seg til passende reseptorer på den neste slik at et nytt elektrisk signal sendes videre.

Eksempler på signalstoffer er serotonin, dopamin, noradrenalin og GABA.

Slik foregår all kommunikasjon i hjernen.

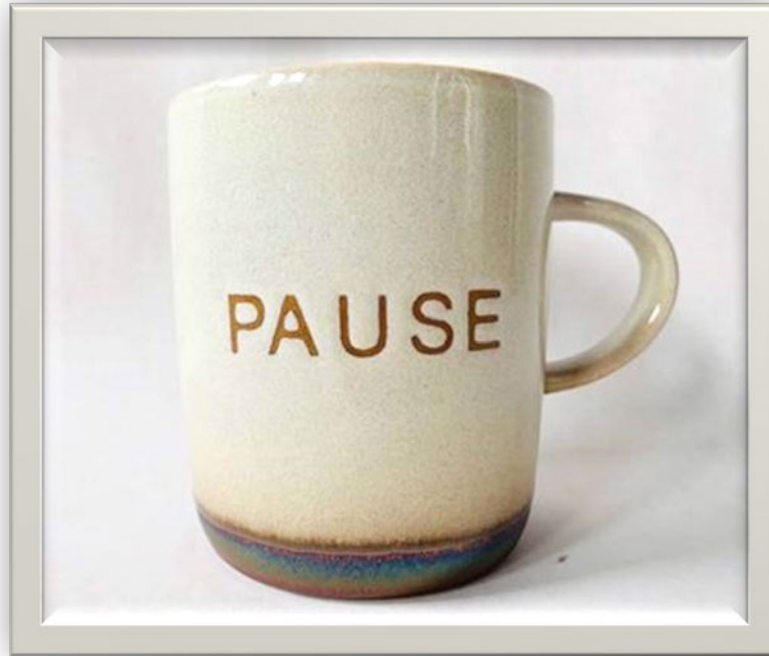
Forstyrrelser her kan gi et for sterkt eller et for svakt signal og skape sykdom.

Dette er også systemet de aller fleste psykiatriske medisiner virker på.

# *For spesielt interesserte*

Tidligere studier har vist at bipolar er assosiert med kortere søvn lengde og økt tendens til å være "nattmenneske". I nyere studier finner man først og fremst variasjon, men noe økt tendens til økt søvn lengde ved type I og insomni ved type II. Genstudier har tydet på at baner involvert i døgnrytmen er overrepresentert og man hadde ventet å finne gener relatert til vår **biologiske klokke** i denne store studien, men der finner man først og fremst variasjon i kalsiumkanaler som er helt generelle i hjernens funksjon.

Man har tidligere funnet gener involvert i **synaptisk plastisitet** (å styrke eller svekke forbindelsen mellom nerver – grunnlaget for læring og hukommelse) som postsynaptiske tettheten («stativet som holder reseptorene»), Long-Term Potentiation (forsterker forbindelsen mellom nevroner som ofte fyrer samtidig) og synaptisk pruning («beskjæring» – overflødige synapser fjernes)



**10 minutter**

# Debut

Kan utvikles når som helst, men vanligvis før fylte 35 år

Høyest risiko i alderen 15 – 25 år

Kan ta 10 år fra de første tegn og symptomer til riktig diagnose og behandling

Hva skyldes det?

# Forløp

Store individuelle variasjoner når det gjelder:

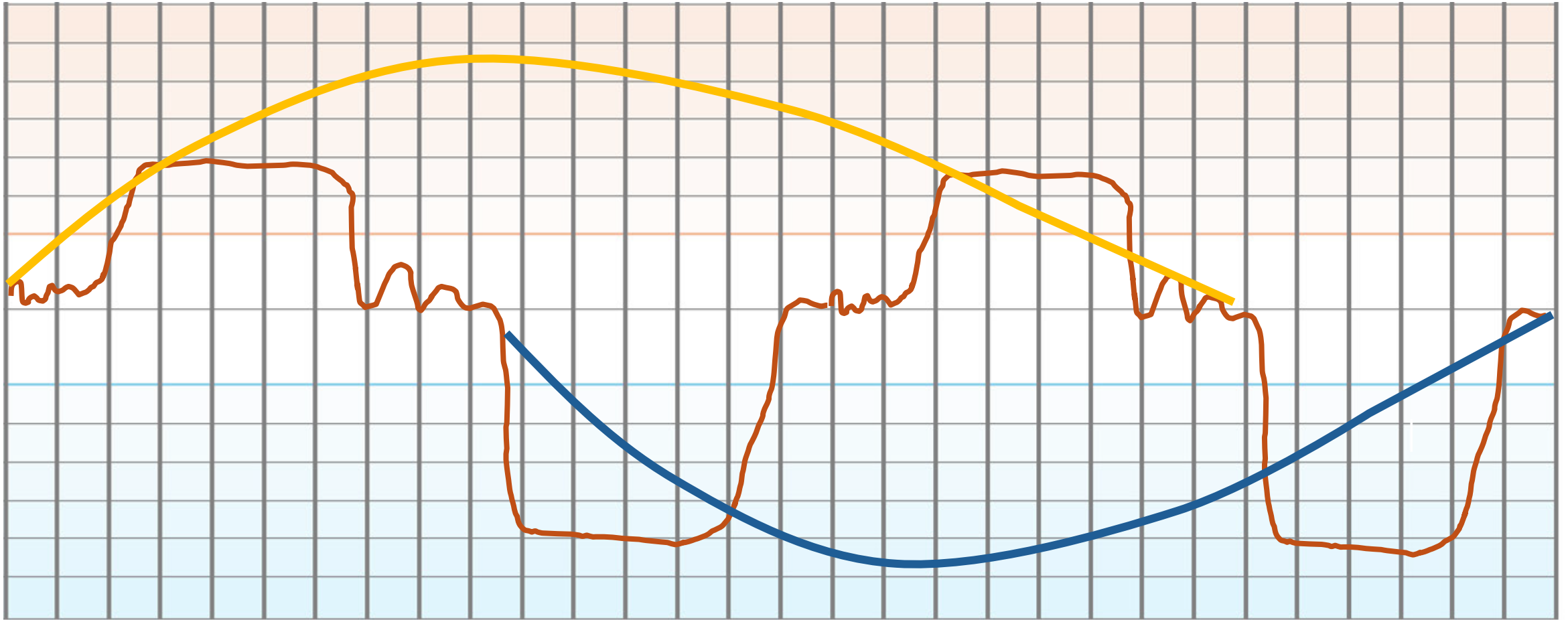
Alvorlighetsgrad, varighet av episoder

Type episoder: Mest manier, mest depresjoner, like mange av begge

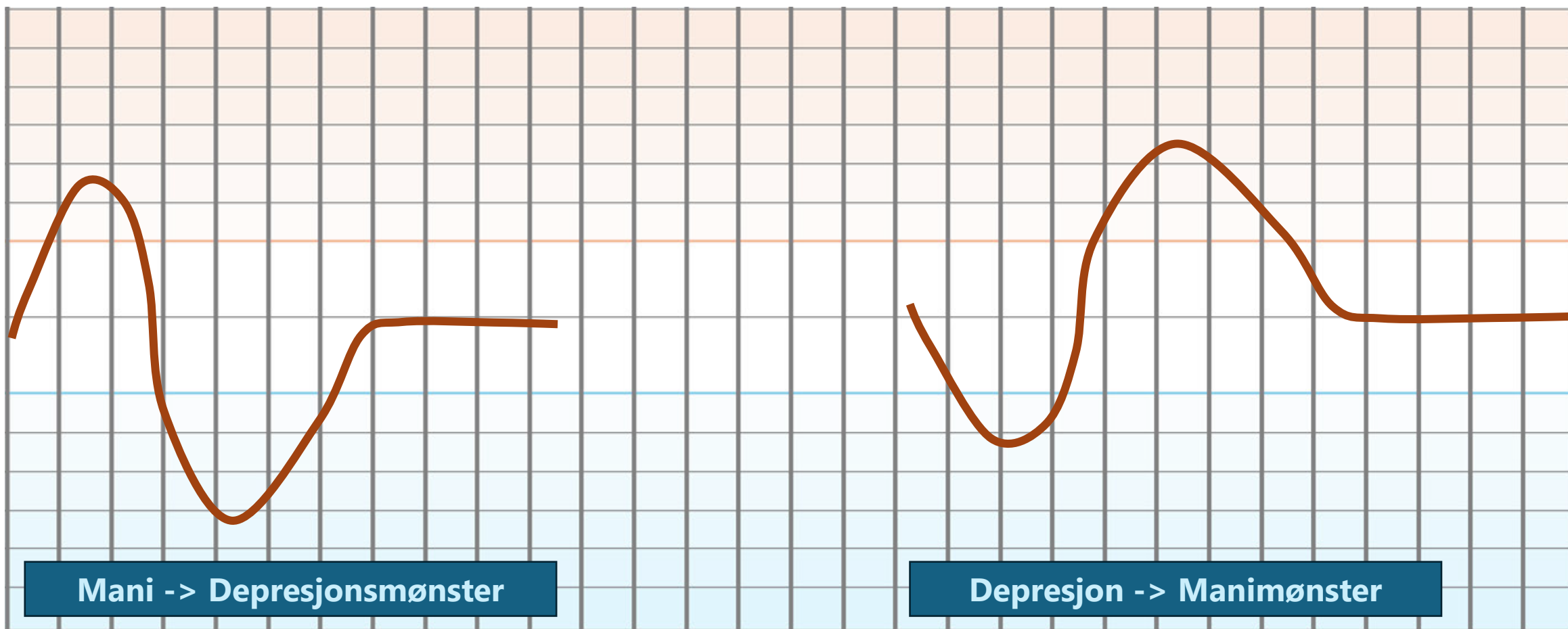
Lengden på de friske fasene

Rekkefølge av faser – mange følger sitt eget mønster

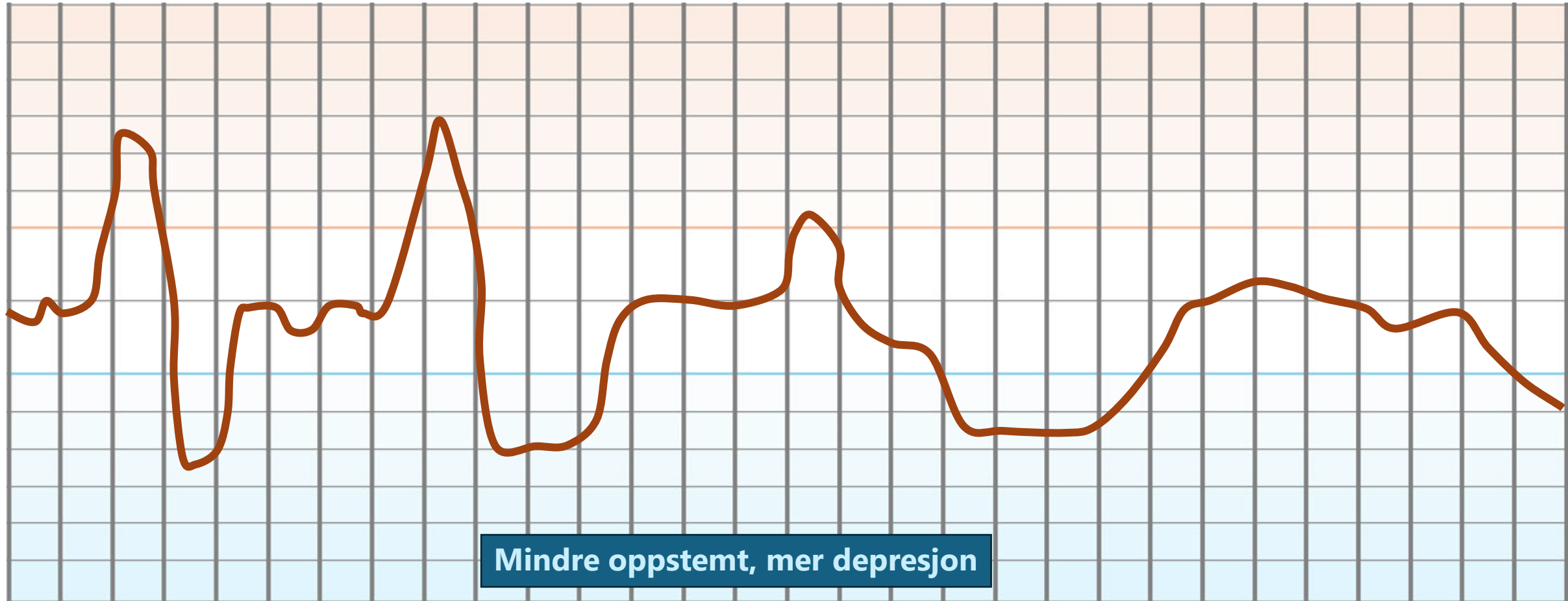
# Forløp – dominerende pol



# Forløp – egne mønstre



# Forløp – over tid for gruppen



# Hjemmeoppgaver til neste gang

1. Før stemningsdagbok – obs to uker til neste møte
2. Se på Mestringsplanen side 37 og 38
3. Hva er dine **risikosituasjoner** for å bli oppstemt? Tenk på reiser, årstider og merkedager, belastninger sosialt eller i jobb/studier, andre ting du gjør eller ting som skjer.
4. Hva er dine **varselsignaler** for at du holder på å bli oppstemt – tidlige tegn og tegn på at det er mer alvorlig?
5. Skriv inn stikkord i Mestringsplanens første side

# Takk for i dag!

Dette kurset er opprinnelig basert på modellen til Colom, Vieta og Scott

I perioden 2005-2007 ble det utviklet en norsk variant av psykolog Nina Andresen ved Josefinesgate DPS med ansvarlig Gunnar Morken ved St. Olavs Hospital og viktige bidrag fra psykolog/stipendiat Elin Wullum også ved St. Olavs Hospital og fra professor Ole Andreassen ved Ullevål Universitetssykehus. Det ble tildelt midler til prosjektet fra Rådet for psykisk helse på vegne av Helse og Rehabilitering med Extra-midler fra Norsk Tipping.

Kurset er senere revidert en rekke ganger både nasjonalt og lokalt.

Kursopplegget som brukes her er en betydelig omarbeiding gjort av overlege Marcus Gabrielsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, sist i 2026

# BIPOLARKURS

## 3. Oppstemt fase - symptomer



**Høsten 2026**

Marcus Gabrielsen og Ingrid Bunæs  
Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

# Hva er mani og hypomani

Perioder med unormalt **hevet** eller **irritabelt** stemningsleie, økt aktivitets- og energinivå

# Hvordan er det å være oppstemt?

Glad, euforisk, lykkelig. Eller irritert, aggressiv og mistenksom

Sterk følelse av mening, ny og genial innsikt - setter i gang nye prosjekter

Tanker og idéer går fort, verden går sakte

Vanskelig å holde tritt med egne tanker - de går for fort til å bli fullført eller fortelle om

Kjenner ikke behov for mat eller søvn, kjenner ikke smerte eller at man er sliten

Snakker mye og høyt, lar seg ikke avbryte

God til å overtale, selge inn eller sjekke; kan overkjøre andre

Sterke sanseinntrykk - farger er sterkere, musikk er vakrere

Mer følsom både når det gjelder gode og vonde følelser

Hedonistisk - shopping og sex

Risikovillig - kjører fort, tar raske beslutninger, inngår/bryter avtaler raskt, investerer

# Diagnosekriterier ICD-10

## Hypomani

Vedvarende lett heving av stemningsleiet, økt energi og aktivitet. Sterk opplevelse av velvære og fysisk og psykisk effektivitet. Økt omgjengelighet, pratsomhet, overdreven fortrolighet, økt seksuell energi og redusert søvnbehov, men ikke slik at det fører til alvorlige vansker i arbeidet eller til sosial avvisning. Irritabilitet, innbilskhet og brautende atferd/opptreden kan erstatte den mer vanlige euforiske utadvendthet. Forstyrrelsene i stemningsleie og atferd ledsages ikke av hallusinasjoner eller vrangforestillinger.

## Mani uten psykotisk symptom

Stemningsleiet hevet slik at det ikke harmonerer med situasjonen, kan variere fra bekymringsløs jovialitet til nesten ukontrollerbar oppstemthet. Ledsages av økt energi som fører til overaktivitet, taleflom og nedsatt søvnbehov. Oppmerksomheten kan ikke holdes fast. Selvfølelsen er økt med grandiositet og overdreven selvtilit. Tap av normale sosiale hemninger kan føre til atferd som er lettsindig, dumdristig eller upassende og utypisk for personen.

# Hovedtrekk ved hypomani

Fra lett hevet stemningsleie til sterkere symptomer nesten som mani.

Oppfattes ofte som en behagelig tilstand med godt humør, mer energi, og at man er produktiv og effektiv.

Mer sosialt omgjengelig, pratsom, fortrolig, økt seksuell energi og mindre søvnbehov.

Irritabilitet, innbilskheter og ubehøvlet opptreden kan erstatte den mer vanlige oppstemte omgjengeligheten.

Kan være forløper til en manisk episode.

# Hovedtrekk ved mani

Hektisk tilstand preget av **betydelig tap av selvinnsikt**, sykdomsinnsikt, og selvkontroll.

Kan oppleves godt, frustrerende eller angstpreget

Stor risiko for å utsette seg selv og andre for fare og kan være **ødeleggende** for forhold til familie, arbeidsgiver og venner.

Halvparten av personer med tilbakevendende manier opplever minst én **psykotisk** manisk episode i løpet av livet.

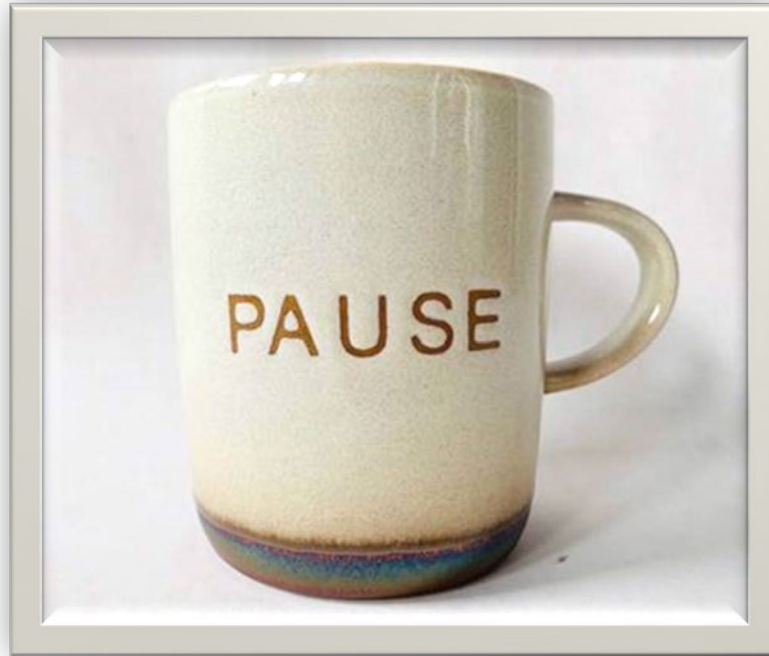
Ofte behov for **innleggelse** på psykiatrisk akuttavdeling for å sikre rask behandling, forebygge negative konsekvenser og avlaste familien.

# Forskjell på mani og hypomani

Symptomene er **sterkere** ved mani enn hypomani. Hypomani betyr «under manien».

**Funksjonsnivå** Mani innebærer markant funksjonsfall - man mister kontroll over seg selv, blir uberegnelig og usammenhengende i tanker, følelser og atferd. Hypomani innebærer ikke markant funksjonsfall og tilstanden fører vanligvis ikke til sosial avvisning eller alvorlig forstyrrelse i arbeid. For lystpregede aktiviteter kan funksjonsnivået ofte være forbedret. Mildere svekkelser i fungering er vanlig på grunn av pga selektiv oppmerksomhet, impulsivitet og redusert evne til å slappe av.

**Psykose** kan opptre ved mani, men per definisjon ikke ved hypomani



**10 minutter**

# Blandet tilstand / mixed state

|                                 | Stemningsleie | Aktivitet | Tankevirksomhet |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----------------|
| «Dysforisk mani»                | redusert      | økt       | økt             |
| «Agitert depresjon»             | redusert      | økt       | redusert        |
| «Mani m/hemmet tankevirksomhet» | økt           | økt       | redusert        |
| «Manisk stupor»                 | økt           | redusert  | redusert        |
| «Depresjon m/tankeflukt»        | redusert      | redusert  | økt             |
| «Hemmet mani»                   | økt           | redusert  | økt             |

# Summegruppe – 20 minutter

Hva er dine risikosituasjoner?

Hva er dine tidlige varselsymptomer?

Hva er varselsymptomer på at det er alvorlig?

# Risikosituasjoner og varsel signaler

## Hva er dine risikosituasjoner?

Årstidsendringer, reiser, merkedager, økte krav, sosiale situasjoner?

## Hva er dine varselstegn?

Forsøkt å finne tegn som er konkrete, personlige og utvetydige.

Snakk gjerne med en du stoler på.

Tenk på hvilke tegn som kommer tidlig og hvilke som kommer sent i forløpet.

# Hjemmeoppgaver

Hva er dine grunner til å unngå oppstemte faser?

Hvilke tiltak kan du gjøre for å forebygge oppstemt fase eller stoppe den i et tidlig stadie?

Hva kan du gjøre hvis det blir alvorlig?

Hvilke sikringstiltak kan du gjøre på forhånd for å hindre negative konsekvenser av å være oppstemt?

# Takk for i dag!

Dette kurset er opprinnelig basert på modellen til Colom, Vieta og Scott

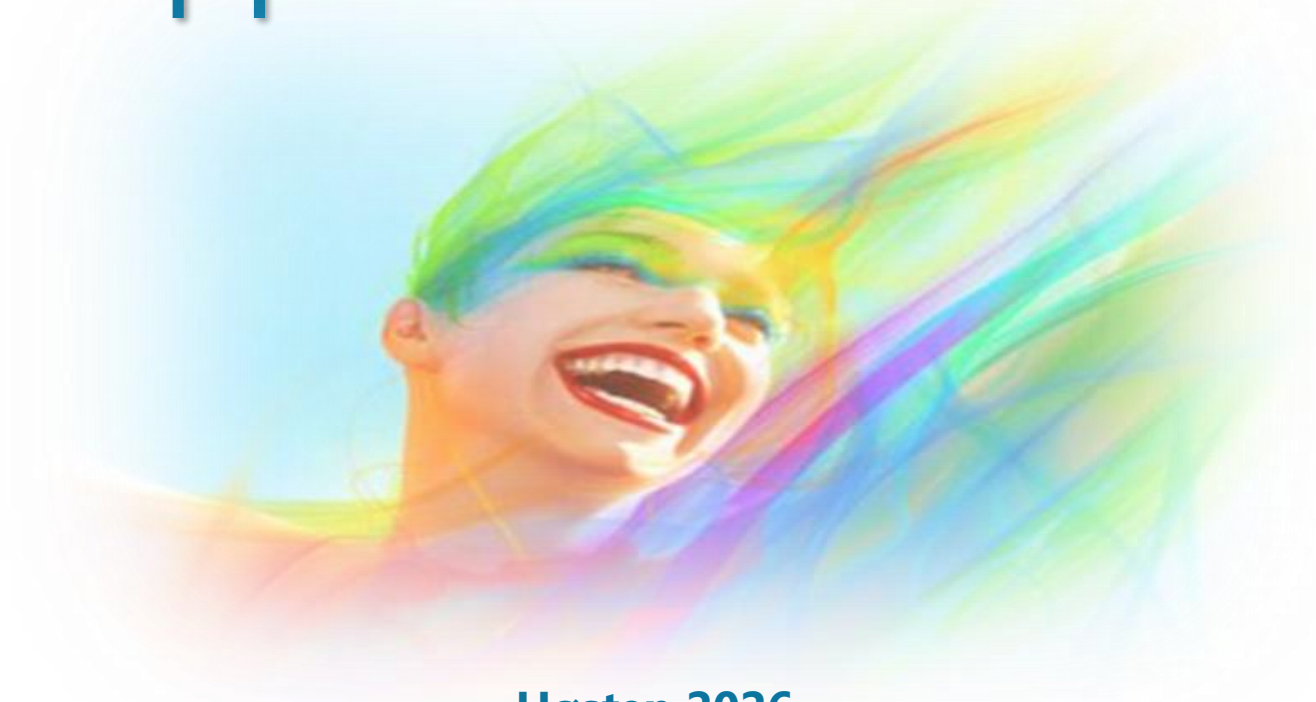
I perioden 2005-2007 ble det utviklet en norsk variant av psykolog Nina Andresen ved Josefinesgate DPS med ansvarlig Gunnar Morken ved St. Olavs Hospital og viktige bidrag fra psykolog/stipendiat Elin Wullum også ved St. Olavs Hospital og fra professor Ole Andreassen ved Ullevål Universitetssykehus. Det ble tildelt midler til prosjektet fra Rådet for psykisk helse på vegne av Helse og Rehabilitering med Extra-midler fra Norsk Tipping.

Kurset er senere revidert en rekke ganger både nasjonalt og lokalt.

Kursopplegget som brukes her er en betydelig omarbeiding gjort av overlege Marcus Gabrielsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, sist i 2026

# BIPOLARKURS

## 4. Oppstemt fase - tiltak



**Høsten 2026**

Marcus Gabrielsen og Ingrid Bunæs

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

# Manispiralen

## Tankeprosesser

Tankene går fortere  
Idéer og planer øker  
Distraherbar  
Problemer med å  
fokusere på det som  
er relevant

## Følelser

Oppstemt, euforisk  
Glad, lykkelig  
Irritabel  
Mistenksom  
Engstelig



## Tankeinnhold

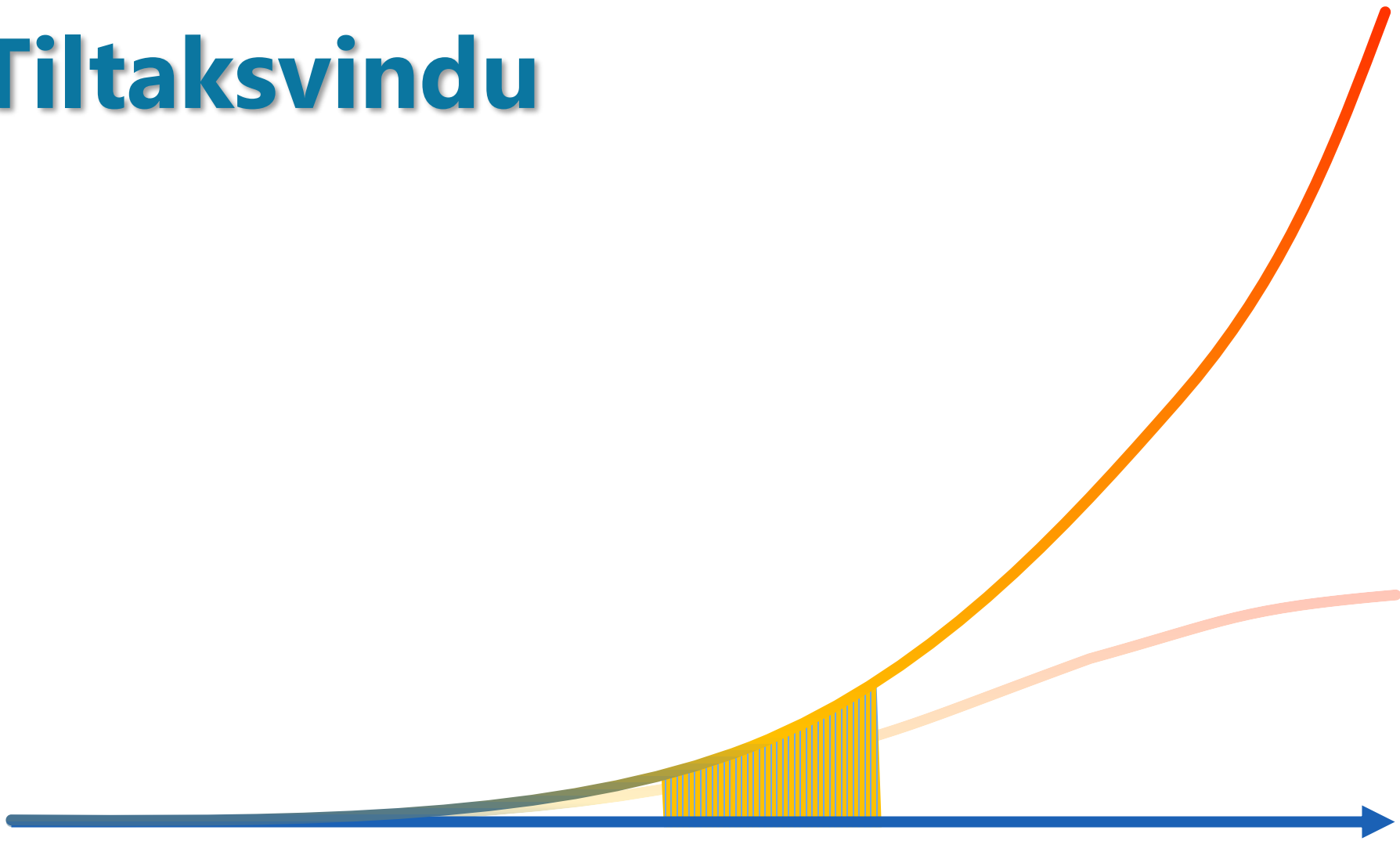
Overopptatt av noen temaer  
Overoptimisme  
Overvurderer egne evner - grandios  
Mistenksomhet  
Kognitive feiltolkninger

Hvis det går dårlig er  
det **uflaks**,  
hvis det går bra er det  
**min fortjeneste**

## Atferd

Aggressiv, kjærlig og spøkefull i upassende situasjoner  
Snakker høyt og mye, vanskelig å avbryte  
Kjøpetrang og risikoadferd  
Økt seksuell lyst  
Store og ugjennomførlige prosjekter  
Endret bekledning  
Alkohol og rusmisbruk  
Lite søvnbehov

# Tiltaksvindu



# Forskjøvet setpoint



# Kontrafasiske tiltak

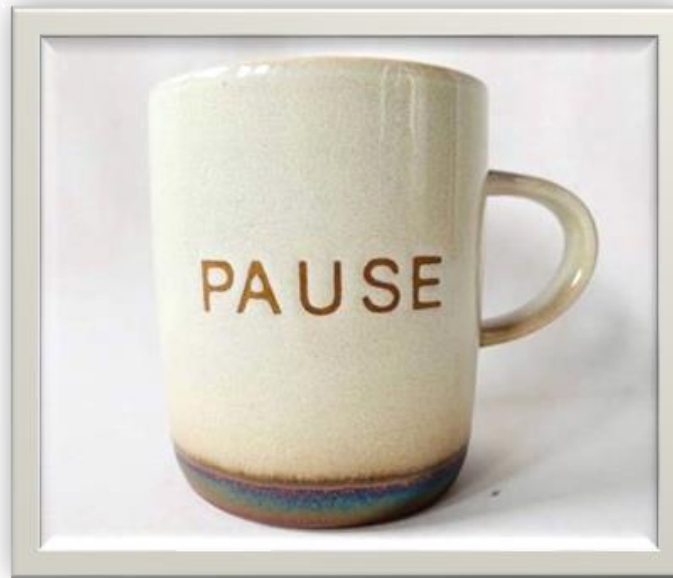


# Mikroregulering



# Mikroregulering





**10 minutter**

# Hvilke tidlige tiltak har dere?

Hva kan du gjøre, hva skal du ikke gjøre?

Hvem er det lurt å være med, hvem er det ikke lurt å være med?

Gjør fysisk aktivitet deg roligere eller mer giret?

Når er sykmelding mest effektivt og hvor åpen kan du være med arbeidsgiver?

**Og om det er alvorlig?**

# Hva med sikringstiltak?

Betalingsmidler

Sosiale medier

# Hjemmeoppgaver

1. Før stemningsdagbok
2. Se på Mestringsplanen side 40
3. Hva er dine **risikosituasjoner** for å bli deprimert?
4. Hva er dine **varselsignaler** for utvikling av depresjon, hva er det første som skjer? Hva er tegn på at det begynner å bli alvorlig?
5. Skriv inn stikkord i Mestringsplanens første side

# Takk for i dag!

Dette kurset er opprinnelig basert på modellen til Colom, Vieta og Scott

I perioden 2005-2007 ble det utviklet en norsk variant av psykolog Nina Andresen ved Josefinestgate DPS med ansvarlig Gunnar Morken ved St. Olavs Hospital og viktige bidrag fra psykolog/stipendiat Elin Wullum også ved St. Olavs Hospital og fra professor Ole Andreassen ved Ullevål Universitetssykehus. Det ble tildelt midler til prosjektet fra Rådet for psykisk helse på vegne av Helse og Rehabilitering med Extra-midler fra Norsk Tipping.

Kurset er senere revidert en rekke ganger både nasjonalt og lokalt.

Kursopplegget som brukes her er en betydelig omarbeiding gjort av overlege Marcus Gabrielsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, sist i 2026