



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Vårterminen 2016  
Psykoterapeutprogrammet med  
inriktning kognitiv beteendeterapi  
Vetenskapligt arbete 15 hp

KBT vid bipolär sjukdom – idag och i framtiden  
Intervjuer med psykologer på Sveriges specialistmottagningar

**Andrea Sjöström**

Handledare:  
Carl Åborg  
Granskare:  
Nazar Akrami

## **Tackord**

Först vill författaren rikta ett tack till Börje Suvinen, som var PTP-handledare på Affektiva mottagningen, Huddinge. Ditt engagemang väckte författarens intresse för patientgruppen.

Tack också alla karismatiska och trevliga patienter med bipolär sjukdom som författaren har fått förmånen att arbeta med och lära sig av genom åren.

Tack alla informanter från norr till söder som varit så tillmötesgående att låta sig intervjuas. Det har varit så roligt att träffa er alla – utan er hade det inte blivit någon studie.

Tack handledare Carl Åborg, som så generöst ställt upp med din tid och dina kunskaper om kvalitativ metod. Varje handledningstillfälle har gett en ny boost att fortsätta med analyserna.

Tack familj och vänner för ert tålamod under denna vår, då författaren inte har haft tid att vara social – det ska bli ändring på det från och med i sommar.

Till sist, tack älskade make Kristofer för att du finns där och förgyller författarens liv.

## Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
TEORI.....	1
<i>Bipolär sjukdom</i> .....	1
<i>Behandling av bipolär sjukdom</i> .....	4
TIDIGARE EMPIRI.....	6
FÖRFATTARENS FÖRFÖRSTÅELSE .....	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	9
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
DELTAGARE .....	9
MATERIAL.....	10
PROCEDUR .....	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
ATT ARBETA MED BIPOLÄR SJUKDOM PÅ SPECIALISTMOTTAGNING .....	14
<i>Kronisk sjukdom som behöver medicineras</i> .....	14
<i>Avsaknad av anpassade KBT-manualer för komorbiditet</i> .....	15
<i>Vilka patienter erbjuds KBT hos psykolog?</i> .....	15
<i>KBT i grupp</i> .....	17
<i>Vanliga teman i KBT vid bipolär sjukdom</i> .....	18
ATT ANPASSA KBT TILL BIPOLÄR SJUKDOM .....	20
<i>Realistiska behandlingsmål</i> .....	20
<i>Pauser i KBT och utökad terapilängd</i> .....	21
<i>Kognitiv funktionsnivå</i> .....	22
<i>KBT-interventioner vid komorbida tillstånd</i> .....	23
ATT VIDAREUTVECKLA KBT FÖR BIPOLÄR SJUKDOM.....	25
<i>Mäta behandlingsutfall</i> .....	25
<i>Vidareutveckla gruppmanualer</i> .....	27
<i>Prioritera</i> .....	28
<i>Samarbeta mellan specialistmottagningarna</i> .....	29
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>30</b>
RESULTATDISKUSSION .....	30
METODDISKUSSION.....	35
SLUTSATSER.....	38
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING .....	39
<b>REFERENSER</b> .....	<b>39</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>42</b>
BILAGA 1 EPOST TILL SPECIALISTMOTTAGNINGARNA.....	42
BILAGA 2 EPOST TILL INFORMANTERNA .....	43
BILAGA 3 INTERVJUGUIDE.....	44

## Sammanfattning

Bipolär sjukdom är kronisk med hög komorbiditet och förhöjd suicidrisk. Trots behandling återinsjuknar många och KBT-forskning är begränsad. Syftet var att kartlägga psykologers kliniska erfarenhet på specialistmottagningar; deras syn på KBT-interventioner, behandlingsmål och vidareutveckling av KBT. 6 intervjuer genomfördes och tolkades med tematisk innehållsanalys.

Både kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner upplevdes fungera, men bör anpassas efter patienternas stämningsläge och kognitiva funktionsnivå. Vid beteendeaktivering, samt exponering vid komorbida tillstånd, krävs varsamhet och uppsikt på stämningsläget, för att inte trigga skov. Behandlingsmål, utöver symtomlindring, kan vara ökad livskvalitet, funktionsnivå, sjukdomsacceptans och att normalisera känslor. Samarbete mellan specialistmottagningarna föreslogs för att jämföra gruppmanualer med hjälp av appar och journalstudier.

Framtida forskning kan jämföra gruppmanualer, utvärdera KBT-interventioners effekt under sjukdomsförloppet, samt optimera longitudinella mätmetoder.

*Nyckelord: bipolär sjukdom, kognitiv beteendeterapi, komorbiditet, behandlingsmål, intervjustudie*

## Introduktion

### Teori

#### *Bipolär sjukdom*

Bipolär sjukdom, förr kallad manodepressiv sjukdom, är en kronisk sjukdom med återkommande skov. Sjukdomen finns beskriven långt tillbaka i historien. Orsaken är ännu okänd, men det finns en ärftlig faktor på ca 50-60 % som innebär 10 gånger så hög risk att insjukna om en förälder har sjukdomen. Vanligtvis bryter sjukdomen ut mellan 13-30 års

ålder till följd av en kombination av egen sårbarhet och stressfaktorer i livet. Mellan 2-5 % av befolkningen får sjukdomen och den finns representerad i alla världsdelar och drabbar både män och kvinnor. Det finns i huvudsak två typer av bipolär sjukdom, som båda innebär *depressiva episoder* som varvas med episoder av förhöjt stämningsläge eller uppåtperioder. Vid *typ I* är uppåtperioderna i form av *mani*, medan *typ II* ger en *lindrigare variant kallad hypomani*. Oavsett vilken typ, så kan personerna mellan sjukdomsskoven vara symtomfria, vilket benämns att vara i sitt *habitualtillstånd* eller *eutym fas*. Ofta tar det ca 10 år att få rätt diagnos, särskilt vid typ II, eftersom sjukvården lätt kan missa hypomanierna, då vårdpersonal inte frågar, och patienten inte berättar om att denne har ovanligt bra perioder mellan sina depressioner, som man söker hjälp för (Liberg & Adler, 2016; Miklowitz, 2014).

Det är mycket individuellt hur ofta skoven kommer, från några års intervall, till några dagars, veckors eller månaders mellanrum. För en grupp patienter finns dessutom ett mönster av att skoven kommer allt tätare och de eutyma faserna blir allt kortare med åldern. Termen *rapid cycling*, definieras av minst fyra skov per år, och *ultrarapid cycling* ännu fler skov. Det finns även *blandtillstånd*; dvs. att depressiva symtom förekommer samtidigt eller mycket snabbt skiftande med maniska eller hypomana symtom. Blandskov kan vara ett farligt tillstånd, eftersom patienterna då kan ha suicidtankar samtidigt som de har energi nog att utföra sina suicidplaner. Suicidrisken vid bipolär sjukdom är för övrigt 10-20 gånger högre än hos befolkningen i stort, och mellan 8-20 % tar sitt liv, oftast under depressioner eller blandskov (Liberg & Adler, 2016; Miklowitz, 2014).

Depressiva episoder ska, för att uppfylla diagnoskriterierna, vara minst två veckor långa, men som tidigare nämnts, så kan symtomen hålla i sig kortare för vissa och för många patienter varar de i flera månader. Huvudsymtomen är nedstämdhet och minskat intresse/glädje för sådant som man brukar tycka om. Utöver detta ska minst fem av följande symtom finnas: betydande viktförändring, sömnstörning, förändrad motorik, energibrist, minskad tankeförmåga, känsla av värdelöshet samt återkommande tankar på döden (APA, 2014; Miklowitz, 2014).

Vid hypomani och mani är symtomen i stort sett desamma, med den skillnaden att de vid mani är fler, mer intensiva och ställer till mer allvarliga konsekvenser samt orsakar en sänkt funktionsnivå. Hypomana episoder ska enligt diagnoskriterierna vara minst fyra dagar, medan mani ska vara minst en vecka; såvida inte medicinering har tagit ner symtomen före dess. Ofta

behövs en inläggning på psykiatrisk avdelning för att bryta en mani och skydda personen, medan hypomanier kan skötas från hemmet och inte heller alltid uppmärksammas som sjukdomstecken av varken patienten själv eller omgivningen tills rätt diagnos har fastställts. Huvudsymtomen vid hypomani och mani är ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning, samt ihållande och abnorm ökning av målinriktad aktivitet eller energi. Utöver detta ska minst tre av följande symtom finnas (fyra om bara irriterad sinnesstämning): grandiositet och förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, talträngdhet, lätt disträherbarhet, ökad målinriktad aktivitet, psykomotorisk agitation, samt hängivelse åt lustbetonade aktiviteter som har potentiellt negativa konsekvenser (APA, 2014; Miklowitz, 2014).

Psykotiska symtom, som inte ska förväxlas med psykosjukdom så som schizofreni, är relativt vanliga vid både mani, djup depression och blandtillstånd. Symtomen är vanföreställningar och/eller hallucinationer. Psykosymtom ska inte förekomma utanför de bipolära sjukdomsskoven, så vida det inte rör sig om schizoaffektiv sjukdom, som kan beskrivas som en blandning av bipolär sjukdom och schizofreni (APA, 2014; Miklowitz, 2014).

Kognitiva sänkningar är vanligt och förekommer en längre tid efter att patienterna tillfrisknat från skoven och det är mycket individuellt hur länge dessa s.k. residualsymtom sitter i; alltifrån några månader till år. Kognitiv funktionsnedsättning tros orsakas av att alla former av sjukdomsskov innebär en påfrestning på hjärnan. Det är därför viktigt att patienterna får vara eutyma tillräckligt länge för att kunna återhämta funktionerna, helt eller delvis: vissa kommer aldrig tillbaka till sin tidigare funktionsnivå. Symtomen kan yttra sig i minnesproblem, svårigheter med koncentration och uppmärksamhet, nedsatt inlärningsförmåga, långsam och trög tankeförmåga, samt svårigheter med problemlösning och planering. Ofta försvårar dessa symtom återgång i arbete eller studier (Miklowitz, 2014).

Komorbidity är hög vid bipolär sjukdom. Dels är obestämd ångest mycket vanlig under depressiva skov och blandepisoder. Dels är det vanligt förekommande att förutom bipolär sjukdom även ha andra psykiatriska diagnoser, som kräver egen behandling. Allra vanligast är ångestsyndrom som t ex paniksyndrom, social fobi och generaliserat ångestsyndrom. Andra vanligt förekommande diagnoser är ADHD, olika former av missbruk; och/eller någon form av personlighetsstörning, som t ex borderline eller osjälvständig, men även tvångssyndrom och PTSD; posttraumatiskt stressyndrom, förekommer (Miklowitz, 2014).

## *Behandling av bipolär sjukdom*

Medicinering med stämningsstabiliserande läkemedel, som syftar till att få ner svängningarna i stämningsläget, är alltid prio ett i all behandling av bipolär sjukdom. Ofta tar det längre tid; minst några månader och ofta flera år, att hitta fram till rätt medicinering, då stämningsstabiliserande läkemedel oftast behöver kombineras med antidepressiva, för att förhindra att depressionerna blir allt för djupa, samt antipsykotika för att kapa topparna i manierna. Dessutom behövs vid behov ytterligare läkemedel för att få ordning på sömnen och dämpa ångest. Biverkningar kan vara besvärliga, men måste vägas mot nyttan av att rädda liv pga. den förhöjda suicidrisken. Pga. eutyma faser mellan skoven, och en euforisk känsla under hypomanier och manier, så vill många drabbade sätta ut sina mediciner när de tycker att de mår bra. Dessutom kan många sakna sina hypomanier och därför vilja pröva att leva utan medicin. Denna sämre compliance med läkemedelsbehandling bidrar ytterligare till att det tar tid att få till ett stabilt stämningsläge. Sedan ska även tilläggas att många aldrig får ett helt stabilt stämningsläge, då återkommande skov tillhör sjukdomsbilden, oavsett en optimal behandling. Därför är psykosociala behandlingsinsatser ett viktigt komplement till medicinering (Miklowitz, 2014; Sonnenstein, 2013).

Psykoedukativa interventioner har i ett stort antal studier fått gott forskningsstöd (Bauer, 2001; Miklowitz, 2014; Vieta och Colom, 2004). Att under eutym fas få ökad kunskap om den egna diagnosen syftar bl.a. till att höja motivationen till att bli mer följsam i medicineringen och att själv lära sig upptäcka tidiga tecken på nya insjuknanden för att om möjligt kunna häva att nya skov bryter ut, samt förbättra relationerna inom familjen eftersom det inte bara är den sjuke som drabbas av sjukdomen. En form av psykoedukation i Sverige, som erbjuds på ca 30 % av psykiatriska mottagningar, är PPI – psykopedagogisk intervention, som är en patient- och anhörigutbildning som hålls antingen i storgruppsformat eller familjevis (Orhagen, 2014). Innehållet kan variera, men vanligtvis ingår information om sjukdomen, behandlingsformer och insatser från såväl psykiatrin som dess samarbetspartners, stress- och sårbarhetsmodellen, samt EE; expressed emotions. Stress-sårbarhetsmodellen förklarar orsaker till sjukdomsdebut och nya skov, genom att kombinera sårbarhet som ärftlighet, personlighetsfaktorer och uppväxtförhållanden, med stress som t.ex. mobbning, dödsfall, eller övergångar, som att gå från skola till yrkesliv. Ett högt EE inom familjen är att anhöriga antingen kritiserar den sjuke eller är överbeskyddande, vilket enligt forskning ökar risken för nya skov (Bauer, 2001; Miklowitz, 2014; Vieta & Colom, 2004). En annan variant av psykoedukation är Barcelonamodellen, som är en patientutbildning på 21 sessioner, som

visat sig få goda resultat i en stor randomiserad kontrollerad studier med 5-årsuppföljning i Spanien, vars specialistmottagningar för bipolär sjukdom har bildat ett nätverk som samarbetar i studier (Colom et al, 2009).

Psykoterapi vid bipolär sjukdom, som komplement till medicinering, är ett relativt nytt forskningsfält. Bland de terapiformer som i studier har visat sig kunna påskynda tillfrisknande från främst depressiva skov samt fördröja återinsjuknanden i nya skov, kan nämnas: familjefokuserad terapi (FFT), interpersonell social rytm terapi (IPSRT), samt kognitiv beteendeterapi KBT. Vanligt innehåll i alla tre psykoterapiformerna är att patienterna ska förbättra sin förmåga att upptäcka tidiga tecken för att kunna bromsa nya skov, få ökad acceptans för sjukdomen, bli motiverade att följa medicinering, lära sig stresshantering, stabilisera rutiner som sömn, kunna ta sig tillbaka till sina gamla roller socialt och jobbmässigt, förbättra familjerelationerna och kommunikation, samt minska användning av droger och alkohol. KBT vid bipolär sjukdom har ursprungligen byggts vidare på KBT för depression, med tillägget att det som orsakar svängningar i stämningsläge inte bara är att patienterna svarar på stress i livet med ett negativt tankeinnehåll om sig själva, omvärlden och framtiden, utan även får ett överdrivet positivt tänkande i samband med manier (Geddes & Miklowitz, 2013).

KBT-manualer för bipolär sjukdom finns ännu i en begränsad mängd ute på marknaden. En av de första: "Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder" (Basco & Rush, 2005), var ursprungligen 20-sessioner men betonar i andra utgåvan att längden bör vara flexibel. Helst ska sessionerna glesas ut över tid, så att patienterna får någon boostersession per år som underhållsbehandling. Interventionerna bör också anpassas efter hur länge patienterna har haft sjukdomen. På senare år har några till manualer kommit; "Cognitive Therapy for Bipolar Disorder - A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice" (Lam, Jones & Hayward, 2010), har fokus på återhämtning efter skov, och tar förutom tidigare nämnda vanliga teman i terapier för bipolär sjukdom, även upp att det är viktigt att i perioder hjälpa patienterna med praktisk problemlösning, då de kan hamna i t ex ekonomiska och juridiska svårigheter pga. skov. Vidare att terapeuten i början av terapin sätter upp realistiska behandlingsmål, så att inte patienterna förväntar sig att bli symtomfria. "Managing Bipolar disorder – A Cognitive Behavior Treatment Program" har en separat terapeutmanual och patientbok (Otto et al, 2015), som består av 30 sessioner uppdelade i 4 faser: komma ur depression, skriva handlingsplan med familjen, fokus på individuella problem som ex sociala färdigheter, samt



återfallsprevention. Det har även kommit ut en anpassad version av MBCT, Mindfulnessbased Cognitive Therapy, som annars används vid depression: ”Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder” (Deckersbach, Hölzel & Eisner, 2014) med 12 gruppssessioner och parallella individualsessioner. På svenska finns ett kapitel i ”KBT inom psykiatri” där det förutom att sammanfatta några av råden ur nämnda behandlingsmanualer, även tipsar om att man kan be patienterna att skatta sitt stämningsläge via nätbaserade skalor som kan laddas ner till mobiltelefoner och läsplattor (Sonnenstein, 2013).

### **Tidigare empiri**

Vid sökningar av artiklar och uppsatser kan författaren inte finna att det tidigare har gjorts någon studie som kartlägger användandet av KBT på specialistmottagningarna för bipolär sjukdom i Sverige. Det som hittats är två mindre pilotstudier utförda av psykologstudenter, som utvärderat dels en KBT-grupp, dels Internetförmiddlad KBT vid bipolär sjukdom på allmänpsykiatriska mottagningar (Eriksson & Lövgren, 2013; Franzén & Rebane, 2014), samt en intervju i Psykologtidningen med en doktorand, som håller på att utveckla ny KBT för bipolär sjukdom med inslag av ACT; Acceptance and Commitment Therapy (Örn, 2015). Det lilla utbudet av studier på området kan bero på att specialistmottagningarna i Sverige, enligt vad som framkommit i arbetet med denna studie, inte har så många år på nacken och att bipolär sjukdom traditionellt sett bara har behandlats med läkemedel, enligt bl.a. Geddes och Miklowitz (2013). Författaren har heller inte hittat någon intervjustudie med psykologer som arbetar inom området, varken i Sverige eller internationellt. Vid sökningar inom området KBT vid bipolär sjukdom internationellt, med publikationer de senaste 5 åren, så märks olika trender. Studier om dessa KBT-inriktningar är dock i sin linda, varför mer forskning behövs.

Ett team av forskare i Sydafrika har gjort flera studier om mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT), där patienterna bl.a. får lära sig att uppmärksamma och observera växlingar i stämningsläge och symtom, för att kunna välja att agera på ett mer reglerat sätt. Studierna visar på lovande resultat gällande minskning av depressiva symtom, ångest och stress, men även förbättrad känsloreglering och exekutiva funktioner (Howells et al, 2014; Ives-Deliperi et al, 2013). Ett australiensiskt forskarlag har utvecklat Internetbaserad KBT, för att nå ut till fler patienter som annars inte skulle få KBT pga. resursbrist. I en jämförelse av ett Internetbaserat behandlingsprogram med enbart psykoedukation samt ett likadant program där

man även lagt till KBT-interventioner, fann man att båda grupperna fick symtomlindring och förbättrad funktionsnivå, livskvalitet och följsamhet till medicinering. KBT-gruppens effekter var dock större och de hade även bättre resultat gällande manisyntom, däremot var det ingen skillnad i risk att återfalla i skov (Lauder et al, 2015).

Några forskare i Storbritannien och Hong Kong har undersökt hur Mental Imagery, ungefär att tänka i bilder, inverkar på bipolär sjukdom. Deras forskning visar så här långt att mental imagery tycks vara vanligare vid bipolär sjukdom och ha betydelse för att känslor förstärks, vilket gör att patienter t ex agerar på sina impulsiva hypomana idéer och orsakar svängningar i stämningsläget. Tanken med imagery-baserad KBT är att patienterna ska få hjälp att byta ut sina överdrivet positiva mentala bilder, mot andra mer balanserade bilder som leder till säkrare beteenden – t ex att byta ut bilden att man köper en sportbil som man inte har råd med, mot bilden av att man promenerar med sina nära och kära (Ng, Di Simplicio & Holmes, 2016).

Brittiska forskare har utvecklat en form av KBT som fokuserar på att hjälpa relativt nydiagnosticerade patienter att återhämta sig efter skov. De betonar vikten av att både individanpassa behandlingsmålen och hela tiden utgå ifrån konceptualiseringen som gjorts i början av terapin. Både funktionsnedsättningar och komorbiditet ska också tas upp, men författarna nämner inte i artikeln hur de behandlar detta. I en första studie tyder resultat på att denna KBT ger bättre resultat än sedvanlig behandling, gällande patienternas skattade upplevelse av att kunna ta hand om sin egen hälsa, göra värdefulla aktiviteter, se på återhämtning som en livslång process samt förstå sitt stämningsläge. Behandlingen tycks påverka funktionsnivån mer än symtom hos deltagarna (Jones et al, 2015). Slutligen har spanska forskare tagit fram ett behandlingsprogram kallat funktionell remediering, som syftar till att rehabilitera patienter med kognitiva sänkningar, på liknande sätt som görs för patienter med schizofreni. Patienterna får bl.a. öva upp sitt minne, uppmärksamhet och lära sig strategier för planering. En större studie visar att detta har bättre effekt än psykoedukation eller enbart medicinering, när det gäller att förbättra den allmänna funktionsnivån; t ex att öka chanserna att kunna återgå i arbete (Bonnin et al, 2014; Torrent et al, 2013).

Det är angeläget att förbättra behandlingen vid bipolär sjukdom, eftersom 37 % av patienterna återinsjuknar i ett nytt depressivt eller maniskt skov inom 1 år, och 60 % inom 2 år, även med behandling (Geddes & Miklowitz, 2013). I en sammanställning av metaanalyser visade sig

KBT vid bipolär sjukdom dessutom endast ha liten till medelstor effektstorlek (Hofmann et al, 2012). Och i en större kanadensisk studie där 20 sessioner KBT jämfördes med 6 sessioner gruppsykoedukation, fann forskarna ingen signifikant skillnad avseende reduktion av symtombörda eller sannolikhet för återinsjuknande i nya sjukdomsskov (Parikh et al, 2011). En grupp forskare från USA, Brasilien och Australien har tittat närmare på vad detta kan bero på, och fann i en studie att patienter med 10-20 tidigare skov har bäst effekt av psykoterapi, medan de med färre eller fler skov får samma effekt av psykoedukation. Det tog också längre tid för återhämtning för dem med längre sjukdomstid, medan de med färre än 20 maniska skov återhämtade sig snabbare (Peters et al, 2014).

Det kan alltså ha betydelse att se över vilka patienter som erbjuds terapi, vilket en grupp forskare från Spanien och Grekland har tittat på (Reinares, Sánchez-Moreno & Fountoulakis, 2014). De sammanfattar att KBT bör sättas in så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet och helst under eutym fas. Samtidigt har andra spanska forskare visat i studie med 5-årsuppföljning, att patienter med svåra symtom som tidigare inte har svarat bra på behandling, mår bättre, gällande symtomlindring och funktionsnivå, om de erbjuds en kombination av medicinering, psykoedukation och KBT, vilket är hoppfullt (Isasi, Echeburúa & Gonzáles-Pinto, 2014). Det finns ett stort behov av att vidareutveckla KBT för patientgruppen, då man ännu inte vet säkert vilka beståndsdelar i behandlingen som ger önskad effekt (Geddes & Miklowitz, 2013). KBT-forskningen behöver även titta på mer än bara symtomlindring och minskad risk för återinsjuknanden, och lägga till mått för upplevd livskvalitet, acceptans av sjukdomen och patienters allmänna funktionsnivå (Reinares et al, 2014; Örn, 2015).

### **Författarens förförståelse**

Ämnesvalet för denna studie har varit självklart, då bipolär sjukdom har kommit att bli författarens specialistområde allt sedan denne gjorde sitt PTP-år på Affektiva mottagningen i Huddinge och senare arbetade på Enheten för unga med psykos/bipolär sjukdom vid BUP-kliniken i Stockholm. De senaste åren har författaren varit med och startat upp KBT-grupper för patienter med bipolär sjukdom på allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sörmland, samt startat upp och föreläser kontinuerligt på PPI. Sedan tre terminer handleder författaren också en grupp specialistsjuksköterskor som ingår i ett bipolärteam. Författaren har därmed förkunskaper inom området för studien, som denne har haft nytta av i intervjuerna då denne har kunnat ställa relevanta följdfrågor. Författaren har under flera år funderat över hur en behandlingsstudie för KBT vid bipolär sjukdom skulle kunna utformas, men insett att en bra

sådan skulle bli alltför omfattande för en uppsats på denna nivå, då det optimala vore en longitudinell studie med stort deltagarantal. Författaren har därmed valt att göra en intervjustudie, då denne i sitt kliniska arbete som psykolog ofta genomför semistrukturerade intervjuer i utredningar, och har samtalet som ett självklart verktyg i det dagliga psykoterapeutiska arbetet.

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien är att ta reda på den kliniska erfarenheten hos psykologer på Sveriges specialistmottagningar för vuxna patienter med bipolär sjukdom. Vad de anser fungerar bra och mindre bra i KBT vid bipolär sjukdom och vad detta beror på, vad KBT ska hjälpa patienterna med och varför, och hur KBT ska vidareutvecklas för patientgruppen. Resultatet skulle kunna användas som en förstudie till vidare forskning för att ta fram nya behandlingsmetoder och veta vilka behandlingsmått forskare ska mäta förutom symtom och återinsjuknanden.

Frågeställningar:

- 1) Vad är psykologernas kliniska erfarenhet av vilka KBT-interventioner som är verksamma och inte vid behandling av bipolär sjukdom och vad tror de att detta beror på?
- 2) Vad använder psykologerna för KBT-interventioner idag för patientgruppen och vad har de för tankar kring hur KBT skulle kunna utvecklas på området?
- 3) Vad anser psykologerna bör vara mål i KBT-behandling av bipolär sjukdom och vad skulle de vilja se som behandlingsmått i framtida studier?

## **Metod**

### **Deltagare**

I en studie som denna, vars resultat bygger på intervjuer med litet deltagarantal, så kan man enligt Malterud (2014) inte mäta validitet och reliabilitet med siffror. Författaren har istället varit mån om att öka studiens trovärdighet genom att välja ut informanter som kan anses ha expertkunskaper och att sträva efter att få med representanter från så många specialistmottagningar som möjligt från hela landet. Urvalet i studien är psykologer som arbetar på Sveriges specialistmottagningar för vuxna patienter med bipolär sjukdom som

huvuddiagnos. I förberedelsearbetet till intervjustudien, har sökningar gjorts på landstingens hemsidor, för att identifiera samtliga mottagningar som är specialiserade på patienter med bipolär sjukdom. Sökningar har även gjorts efter eventuella specialistmottagningar i privat regi, men här hittades ingen som uppfyllde inklusionskriteriet att bipolär sjukdom skulle vara huvuddiagnos. Detta har resulterat i nio mottagningar från norr till söder på följande orter: Östersund, Örebro, Borås, Göteborg, Halmstad, Malmö, samt tre mottagningar i Stockholm. Ytterligare specialistmottagningar i Stockholm, Halmstad och Lund, som specialiserar sig på barn och ungdomar med bipolär sjukdom, har identifierats, men dessa har exkluderats från studien då avgränsningen är vuxna patienter. Alla mottagningar har fått e-post med kort information om studien och förfrågan om de har någon psykolog som vill ställa upp på intervju (*se bilaga 1*). Två av mottagningarna har vid tiden för intervjuerna saknat psykolog med KBT-inriktning och på en mottagning har det inte gått att få till en intervju.

Informanterna är psykologer som arbetar med KBT på 6 av Sveriges 9 specialistmottagningar för vuxna patienter med bipolär sjukdom. Flertalet av informanterna är nya inom denna specialisering, där antal anställningsår på specialistmottagningarna i medel ligger på 3,5 år med ett spann på 1-8 år och där de flesta nämner att deras psykologkollegor inte har varit anställda längre tid. Däremot har flera av informanterna längre erfarenhet som leg. psykolog med ett medel på 10 år och ett spann på 4-25 år. Hälften av informanterna är förutom leg. psykolog även leg. psykoterapeut med KBT-inriktning, samt ytterligare en med pågående psykoterapeututbildning. En informant är även specialist i klinisk psykologi och en annan är handledare och lärare i psykoterapi. Psykologerna, som var två till antalet på respektive mottagning, fick själva avgöra vem som skulle ställa upp på intervju; vilket resulterade i 5 män och 1 kvinna, vilket är något lägre procent kvinnor än totalt på mottagningarna. Det var oftast psykologen med längst anställningstid som lät sig intervjuas.

## **Material**

En del av uppsatsen har grundat sig i dokumentstudier; som kartläggningen av hur många specialistmottagningar som finns i landet, vilket har beskrivits under Undersökningsdeltagare. Före intervjuerna har även ett kort formulär mejlats ut till informanterna med frågor om deras yrkesbakgrund samt fakta om respektive specialistmottagning (*se bilaga 2*). En intervjuguide med så öppna frågor som möjligt (*se bilaga 3*) har använts i semistrukturerade intervjuer, för att minska risken att författaren styr informanterna, vilket skulle påverka trovärdigheten.

## Procedur

Huvuddelen av studien, som rör informanternas kliniska erfarenheter och åsikter, grundar sig i nämnda intervjuer, som har transkriberats och sedan analyserats med utgångspunkt i tematisk innehållsanalys. Denna syftar till att identifiera, analysera och rapportera mönster, eller teman, i insamlad data, för att därigenom kunna organisera och beskriva datan detaljerat, samt kunna tolka olika aspekter av forskningsämnet (Braun & Clarke, 2006). Samtliga intervjuer har genomförts på plats ute på de 6 specialistmottagningarna runt om i landet under tidsperioden 25 januari till 1 mars 2016. Fem av intervjuerna har, på informanternas initiativ, hållits på deras mottagningsrum, den sjätte på ett café. Intervjuerna har bandats in med en inspelningsapp på en läsplatta kopplad till en extern mikrofon. Intervjuerna har i medel tagit 57 minuter, med ett spann mellan 39-68 minuter.

I början av transkriberingen har allt ordagrant skrivits ned, inkl. t ex hummanden, skratt, suckar och pauser. Det har dock konstaterats att informationen om *hur* informanterna har berättat, är överflödig vid användandet av tematisk innehållsanalys, där fokus ligger på *vad* informanterna berättar. Därefter har denna information utelämnats. Stycken där författaren ställer frågor och talar själv, har markerats, för att kunna bedöma i vilken grad författarens frågestil och kommentarer kan ha påverkat informanternas svar, t ex om någon informant har hållit med författaren i dennes kommentarer och därigenom möjligen blivit hämmad att komma med egna avvikande åsikter, vilket skulle ha kunnat påverka studiens trovärdighet negativt.

Tematiseringen har haft en induktiv ansats som utgått från innehållet i det informanterna berättat, istället för en förutbestämd teori eller modell. Ur datan har meningsbärande enheter identifierats och fått koder. Under analysens gång har flera brainstormingar gjorts för att sortera in dessa koder i teman, vilket resulterat i att 14 preliminära teman kunnat reduceras ner till de slutliga tre, med tillhörande underteman, som presenteras under Resultat. En del koder har bedömts vara intressanta att illustrera med citat, medan andra har fått beskrivas i löpande text. Citat som lyfts fram ur datan har markerats med koder, samt siffror för vilken intervju det har tagits ifrån. Antalet citat från varje intervju har räknats, för att kontrollera att inte en skev fördelning har gjorts, då det har ansetts viktigt att alla informanter blir någorlunda jämnt representerade i den slutliga uppsatsen för att öka studiens trovärdighet. Citaten har även redigerats till skriftspråk, för att göra dem läsbara och begripliga; t ex har

utfyllnadsord som ”liksom”, svordomar, samt upprepningar och hummanden skalats bort. Textmassa som har skurits ned har i resultatdelen markerats med (...). Slutligen har informanterna, före färdigställandet av uppsatsen, fått läsa sina citat, för att ha möjlighet att förtydliga dem, vilket har lett till några justeringar.

### **Etiska överväganden**

Frågeställningarna i studien har inte bedömts vara av känslig karaktär för informanterna att svara på, men alla har före intervjuerna blivit informerade via epost om att de skulle få läsa sina egna citat före uppsatsens publicering (*se bilaga 2*), och har sedan haft möjlighet att säga till om det är något av deras uttalanden som de inte vill ha med i uppsatsen eller om de velat lägga till ett förtydligande. Citat har också i möjligaste mån avpersonifierats i materialet.

## **Resultat**

Specialistmottagningarna för bipolär sjukdom är en relativt ny företeelse i Sverige, enligt formuläret som informanterna har fått svara på. Landets första mottagning startade år 1993 och den yngsta av de representerade mottagningarna i studien tillkom år 2013. Mottagningarna i studien har i medel 740 patienter och 15 anställda. Kriterier för att bli patient på mottagningarna är huvuddiagnos bipolär sjukdom, där en del även kräver att det ska vara bipolär typ I, medan andra också tar emot typ II och i vissa fall även behandlar svårbehandlade depressioner. I behandlingsutbudet på mottagningarna nämner alla informanter medicinering som basen, PPI i olika former och stödsamtal hos sjuksköterskor och ibland mentalskötare. Annat som nämns, men som inte förekommer på alla mottagningar, är mentorsamtal hos brukare som själva har bipolär sjukdom, ljusterapi, medicinsk yoga, psykodynamisk terapi, psykoanalys, tillgång till kurator och arbetsterapeut, samt olika former av samtalsgrupper, t ex äldregrupp. Samtliga representerade mottagningar har vardera två anställda psykologer med KBT-inriktning. Någon mottagning har utöver detta vakanta psykologtjänster, och en av mottagningarna har även en anställd psykolog med psykodynamisk inriktning. Hälften av informanterna svarar att det endast är psykologer som bedriver KBT på mottagningarna, medan andra nämner sjuksköterskor, mentalskötare, socionomer och läkare med antingen steg 1 eller steg 2 i KBT.

Tre teman med underrubriker har identifierats under analysarbetet för att besvara studiens frågor. Det första temat är: ”Att arbeta med bipolär sjukdom på specialistmottagning” och berör hur informanterna förhåller sig till att sjukdomen är kronisk och behöver medicineras. Vidare att det saknas KBT-manualer som beskriver hur KBT vid ångestsyndrom bör anpassas för patienter med bipolär sjukdom, vilka patienter som kommer till informanterna för KBT, samt en beskrivning av mottagningarnas KBT-grupper och vilka vanliga teman som brukar behandlas i KBT vid bipolär sjukdom. Temat syftar till att rama in informanternas arbetssituation, för att tydliggöra varför det t ex blir viktigt att i studien redogöra för hur KBT bör anpassas för komorbida tillstånd, även om detta inte var en av studiens frågeställningar. Det andra temat är: ”Att anpassa KBT till bipolär sjukdom” och berör hur sjukdomsförloppet gör att informanterna på olika sätt har behövt anpassa KBT. Så som att sätta upp realistiska behandlingsmål, ibland behöva pausa terapin, förlänga terapilängden, anpassa kraven efter kognitiv funktionsnivå, samt hur KBT-interventioner vid komorbida tillstånd behöver justeras. Det tredje temat är: ”Att vidareutveckla KBT för bipolär sjukdom” och berör hur behandlingsutfall kan mätas, förslag till utveckling av gruppmanualerna, vilka patienter som bör prioriteras, samt samarbete mellan specialistmottagningarna (*Se tabell 1*).

Temat	Att arbeta med bipolär sjukdom på specialistmottagning	Att anpassa KBT för bipolär sjukdom	Att vidareutveckla KBT för bipolär sjukdom
Underteman	<p>Kronisk sjukdom som behöver medicineras</p> <p>Avsaknad av anpassade KBT-manualer för komorbiditet</p> <p>Vilka patienter erbjuds KBT hos psykolog?</p> <p>KBT i grupp</p> <p>Vanliga teman i KBT vid bipolär sjukdom</p>	<p>Realistiska behandlingsmål</p> <p>Pauser i KBT och utökad terapilängd</p> <p>Kognitiv funktionsnivå</p> <p>KBT-interventioner vid komorbida tillstånd</p>	<p>Mäta behandlingsutfall</p> <p>Vidareutveckla gruppmanualer</p> <p>Prioritera</p> <p>Samarbeta mellan specialistmottagningarna</p>

Tabell 1. Slutgiltiga teman med underteman



## Att arbeta med bipolär sjukdom på specialistmottagning

### *Kronisk sjukdom som behöver medicineras*

Något som alla informanter tar upp, är att de under sin tid på specialistmottagningarna har fått finna sätt att förhålla sig till att bipolär sjukdom har ett kroniskt sjukdomsförlopp som kommer i skov. Det här kan de många gånger uppleva som frustrerande när de inte kan köra på som vanligt med KBT som vid andra diagnoser. Knepet som en av informanterna är inne på, är att se detta som en positiv utmaning i jobbet.

*”Jag tror för det första att man bör fundera rätt mycket över det om man nu ska jobba på det här sättet (...) för det här är ju en sån diagnos som, har man fått den så finns den ju kvar, man kan ju inte bota den i bemärkelsen att man slutar va bipolär.”*

*”Det är ju det som är på nåt sätt utmaningen också i psykoterapin med den här patientgruppen, att de svänger ju ändå och att man får anpassa så att man inte bara kan köra igenom sin manual på 20 sessioner och sen avsluta.”*

En annan sak som psykologerna har behövt förhålla sig till, är att i stort sett alla patienter med bipolär sjukdom måste medicineras, vilket gör att KBT ska ses som ett komplement i behandlingen. Är man van vid att tidigare ha arbetat med diagnoser där KBT ensamt kan hjälpa, ja rent av att bota ibland, så kan det här också vara frustrerande. Alla informanter uttrycker att de har accepterat att medicin är en nödvändig del av patienternas behandling samtidigt som det inte alltid direkt diskuteras i KBT, då de flesta nämner att deras patienter vanligtvis tar sina mediciner som de ska. Få informanter arbetar med MI; motiverande samtal, i de fall där patienter inte vill ta sina mediciner. En informant nämner att de dock har planerat att utbilda sjuksköterskor i motiverande samtal, eftersom det oftast är de som har den arbetsuppgiften. En informant känner sig inte helt bekväm med att aktivt motivera patienter till medicinering, medan en annan då och då gör korta motiverande insatser när t ex läkare efterfrågar det. Även om de flesta informanter inte uppfattar att de direkt använder MI, så framgår det när de talar om sitt arbetssätt att de ändå på ett indirekt sätt använder tekniker som är mycket snarlika MI. Flera av gruppbehandlingarna innehåller också inslag av att diskutera mediciner. En annan aspekt av medicinering är att det kan vara svårt för informanterna att avgöra vad behandlingsutfall beror på, när medicinerna påverkar så mycket.

*”Jag hade inte jobbat så mycket med bipolära sjukdomar och [i början av anställningen] hade jag en del patienter (...), som vägrade medicinera och var ganska dåliga och bara ville ha KBT och då tänkte jag nämen vi kör (...) det var ju en rätt välbehövlig käftsmäll och då tog jag förnuftet till fånga och avslutade, för det här kommer inte leda nånvart, utan kanske i kombination med läkemedel då, så kanske vi skulle kunna göra nån nytta, men annars, det här går inte.”*

*”Det spelar lite underordnad roll i psykoterapin, men jag nämner det alltid i början, att vi måste ta hänsyn till din medicinering, medicinjusteringar och så, men också så att man självklart tar hänsyn till om det är nån sorts försämring, så kan den ju bero på att de inte tog sina mediciner självklart, då får man absolut prata om det, och att man då förstås tittar på drickandet och så, om de inte får effekt av sina mediciner, om det är nån som på nåt sätt slarvar med sina mediciner.”*

#### *Avsaknad av anpassade KBT-manualer för komorbiditet*

Något som ofta återkommer i intervjuerna är informanternas upplevelser av att sakna tydliga KBT-manualer. Det finns visserligen en del manualer som riktar sig mot de bipolära symtomen, men de innehåller mycket psykoedukativa och stödjande insatser, vilket en del informanter beskriver ibland kan göra dem osäkra på om de gör rätt saker som psykolog, eftersom flera yrkeskategorier i specialistteamet gör dessa behandlingsinsatser. Under intervjuerna märks det också att flera informanter stundtals har svårt att sätta etiketter på de tekniker, som de använder, och inte vet om de kan räknas till KBT. Det som informanterna ändå mest saknar i vanliga KBT-manualer är instruktioner för hur man anpassar KBT vid t ex ångestsyndrom när patienterna samtidigt har bipolär sjukdom. Här har de fått komma på egna knep, som redovisas under temat ”Att anpassa KBT för bipolär sjukdom”.

*”KBT kan vara så självklart på något sätt, man kan luta sig tillbaks i metoden, ja men det här funkar, och så är man väldigt trogen modellen och kör på, och i de flesta fall så blir det bra, men det kan man verkligen inte räkna med här.”*

#### *Vilka patienter erbjuds KBT hos psykolog?*

De flesta av informanterna nämner att de som psykologer oftast kommer in i ett senare skede i patienternas behandling efter att övriga medarbetare i specialistteamet först har arbetat med att försöka stabilisera måendet. Informanterna ser mest fördelar med detta, och resonerar

att patienterna då har bättre förutsättningar för att kunna tillgodogöra sig KBT. Flera nämner att det är skönt att arbeta på en specialistmottagning där psykologerna kan ägna sig mer renodlat åt KBT, tack vare att varje profession i teamet bidrar med sina avgränsade arbetsuppgifter, vilket de inte har upplevt i lika stor utsträckning på allmänpsykiatriska mottagningar. Några reflekterar över att fler patienter kanske skulle behöva få komma till psykolog, men om inte fler psykologer anställs så skulle det bli ett högre tryck vilket skulle kunna leda till att psykologerna inte kan vara lika flexibla i psykoterapierna, t ex att de skulle behöva korta ner tiden de spenderar på varje patient.

*”Ofta så får jag ju patienter som har varit inne i systemet ganska länge, så att de tar sina mediciner, de kanske fyller i stämningdagbok, de har på något sätt gjort den här resan, de har ganska bra koll på vad som är viktigt för dem.”*

Efter att specialistteamet har gjort vad de har kunnat för att stabilisera patienternas stämningläge, så finns det de som ändå inte mår bättre pga. exempelvis svårbehandlade depressiva episoder eller komorbiditet, vanligtvis med ångestsyndrom, och det är dessa som informanterna uppger att de oftast träffar i individuell KBT. Vanligtvis får patienterna heller inte vara alltför kognitivt sänkta, eftersom psykologernas erfarenheter är att det annars blir svårt att ta till sig KBT och då särskilt kognitiva interventioner. Kognitiva sänkningar gör det också svårt att följa med i tempot i en gruppbehandling, varför vissa informanter upplever att många patienter exkluderas från grupperna. En mottagning som sökt efter en lösning på detta problem, har nu startat en gruppbehandling som riktar sig mot just kognitiva svårigheter.

*”I många fall så kommer de ju inte i terapi, utan det är mer stödsamtal eller insatser från någon kommun, som de med [regjäl] kognitiva sänkningar får, och tycker jag också, kanske i första hand de borde få, för jag tror att de blir bättre hjälpta på det sättet.”*

När det kommer till urvalet för att gå i gruppbehandling, så bör patienterna, enligt informanterna, först ha gått PPI, ta sina mediciner och helst vara eutyma vid gruppstarten, vilja arbeta med sina bipolära symtom, samt kunna fungera i gruppformatet, t ex kunna vänta på sin tur och inte ta över, vilket ibland är svårt om patienterna samtidigt har t ex adhd, personlighetsstörning eller autismspektrumstörning. För att optimera grupp sammansättningen så kallar de flesta informanter patienterna till ett enskilt samtal före grupp, där man bedömer lämpligheten från fall till fall. Många anser dock att bedömningsamtalen är tidskrävande, och

inte alltid är en garanti för att det blir bra matchningar av patienter till grupperna. En mottagning har därför övergått till att hålla informationsträffar, där patienterna får ställa frågor om gruppbehandlingen och träffa andra deltagare, vilket har minskat bortfallet.

### *KBT i grupp*

De flesta mottagningar i studien har en pågående KBT-grupp, som inriktar sig på de bipolära symtomen. Vissa mottagningar har även genom åren haft andra grupper, så som MBCT mot kvarstående depressiva symtom, ACT-grupp mot komorbida ångestsymtom, samt sömngrupp, vilka de upplevt har fungerat bra. Anledningar som informanterna nämner till varför dessa grupper inte har fortsatt är mestadels att det kräver planering och engagemang från de enskilda psykologerna, som ska vara gruppledare. En av mottagningarna har en pågående grupp som är en förlängd version av Unified Protocol mot komorbid ångest. Samma mottagning har även nyligen startat en grupp för patienter med kognitivt sänkning; kallad funktionell remediering. Grupperna som inriktar sig mot de bipolära symtomen pågår i regel 12-14 sessioner à 2-3 timmar, och leds vanligtvis av två psykologer. De flesta har lokalt utarbetade behandlingsmanualer, som alla har gemensamt att de innehåller mer eller mindre mycket psykoedukativa inslag, stämningdagböcker, beteendeaktivering vid depressiva symtom, begränsning av stimuli vid hypomana symtom, kognitiva interventioner, samt relationsfärdigheter. Vissa manualer innehåller även inslag från mindfulness och ACT.

En mottagning sticker ut, då de har valt att använda den s.k. Barcelonamodellen; en gruppbehandling som kortfattat innebär att man kombinerar KBT-grupp med PPI. De informanter på andra mottagningar som har tittat på Barcelonamodellens manual, har dock avskräckts pga. att den är längre; 21 sessioner. Om man slår samman PPI, som vanligtvis är runt 7 tillfällen, med en KBT-grupp på 12-14 gruppträffar, så är längden i stort densamma. En annan sak som skiljer ut Barcelonamodellen är att den leds av en psykolog tillsammans med läkare och sjuksköterska och därför har mer information om t ex medicinering, vilket några av de andra informanterna inte tycker är nödvändigt.

Flera informanter nämner att en av styrkorna med att erbjuda KBT i grupp är att patienterna får träffa andra med samma sjukdom. Dels för att inte känna sig ensamma, men också för att de då får öva på att se tidiga tecken på återinsjuknande genom att följa de andra deltagarna. En informant är inne på att gruppen har en extra kraft och att man kan se snabbare förändringar vilket gör jobbet som gruppledare roligt. De flesta mottagningar har, enligt

informanterna, en policy att gruppdeltagare som insjuknar i skov och blir alltför sjuka, får pausa behandlingen och hoppa in i en senare grupp. Samtidigt uppger informanterna att det sällan sker att deltagare helt måste avbryta, utan de kan ofta fortsätta i gruppen så länge de inte blir maniska. Någon informant tillägger att deprimerade patienter har nytta av att komma ändå till gruppen, då det i sig blir en form av beteendeaktivering.

*”Jag tycker att [Barcelonamodellen] fångar upp det [andra KBT-grupper] har (...) det känns som att det är samma, det är tidiga tecken, aktivera sig själv när man blir deppig, man ska begränsa stimuli när man blir uppvarvad, ta hand om sig själv, regelbundna rutiner.”*

*”Vi har en överenskommelse att då [en patient insjuknar i svårt skov] får man hoppa av och börja om på nytt en annan gång (...) men blir man deprimerad så får man fortsätta så länge man orkar komma och orkar göra hemuppgifter.”*

Alla informanter svarar att deras mottagningar på olika sätt brukar utvärdera sina KBT-grupper. De flesta ber patienterna att vid avslutad gruppbehandling svara på olika frågor som handlar om vad de tyckt om gruppen, om de känner att de har blivit hjälpta och om de skulle vilja ändra på något, vilket någon nämner mer kan ses som en vägledning till mottagningen. Flera mottagningar har även gjort symtomskattningar gällande t ex depression, hypomani och ångest. De informanter som leder grupper som innehåller inslag av ACT nämner även att de har låtit patienterna skatta exempelvis upplevd livskvalitet och psykologisk flexibilitet. De flesta uppger att de symtomskattningar som används hämtas in före och efter behandling, men någon lät hämta in skattningar varje vecka vid en gruppomgång då utvärderingen ingick i en examensuppsats. En informant nämner att de tidigare även brukade låta patienterna skatta symtom och funktionsnivå vid en 1-årsuppföljning, samt att mottagningen i ett tidigare forskningsprojekt har påbörjat en journalstudie där man mätte patienternas antal inläggningar 2 år före och efter gruppbehandling.

#### *Vanliga teman i KBT vid bipolär sjukdom*

Acceptans eller att lära sig leva med sin bipolära sjukdom, är något som många informanter tar upp som viktigt att hjälpa patienterna med, utöver att få psykoedukation om sjukdomen som de flesta får genom PPI på specialistmottagningarna. En informant nämner att acceptansarbete ibland behöver komma först för att patienterna ska vilja gå PPI. Flera informanter nämner att patienter med kognitiva sänkningar kan behöva hjälp att acceptera att

de inte längre fungerar som de gjorde före sjukdomen bröt ut, att de t ex inte kan arbeta heltid längre. Många informanter pratar om att psykoedukation kan lära patienter att se sambanden mellan triggers och sjukdomsskov för att relatera till sin sjukdom. Men här tillägger dock en informant hur svårt det kan vara för patienter att lägga om sina levnadsvanor, även om de har kunskap om sina triggers, t ex att patienter vill fortsätta vara hypomana trots negativa konsekvenser. Denne informant arbetar därför med motivation genom att fråga om patienternas värderingar, för att få dem att se vad de skulle kunna tjäna på att genomföra förändringar som till en början framstår som tråkiga.

*”Vi får några nyinsjuknade som av olika anledningar inte har klarat av att gå PPI, där läkare tycker att det kanske är bättre att psykologen träffar den här unga patienten direkt, för det handlar mycket om acceptans kring sin sjukdom (...) och att bara försöka förhålla sig till att ha sjukdomen över huvud taget (...) [Kognitivt sänkta patienter] har svårt att acceptera sin nya funktionsnivå; de ser sig själva som de var innan de blev sjuka och de har väldigt svårt att acceptera att läget är annorlunda.”*

*”Det är viktigt, tänker jag, att utgå ifrån patientens egen motivation för det brukar vara svårt att sälja in begränsningar i livet utifrån livsstilsfaktorer, t ex att inte dricka, (...) sömnhygien, jämn aktivitetsnivå, träna men inte för mycket, promenera men inte överdriva, äta bra och så vidare, och vara lagom social (...) lagom är ju också det värsta de här personerna vet, men kan man förankra det i nånting som är viktigt för personen, alltså att få en bra relation till sina barn t ex, då gör de det inte för att de bara ska göra det.”*

Normalisering är ett annat återkommande tema i KBT vid bipolär sjukdom, som många informanter nämner. De flesta patienter drillas på specialistmottagningarna i att ha koll på sitt stämningsläge genom att fylla i stämningsdagböcker, vilket ju även är en del av innehållet i KBT-grupperna, och gå på PPI för att lära sig om triggers som utlöser tidiga tecken på att nya sjukdomsskov är på väg. Det här är, som tidigare nämnts, en del i att lära sig leva med sin bipolära sjukdom och finna en acceptans i att man har fått sjukdomen. Samtidigt är alla informanter inne på att detta monitorerande i sig, kan ställa till problem, om patienterna blir rädda för normala känslor. Här menar informanterna att de hjälper patienterna att skilja ut vad som är normalt och vad som är sjukdomstecken, för att hitta en balans att å ena sidan våga känna känslor som glädje och deppighet, å andra sidan att få insikt om sina begränsningar för att skydda sig själv från sjukdomsskov som kan medföra allvarliga konsekvenser.

*”En del patienter blir ju nästan rädda för om de kan känna sig glada därför att det skulle kunna vara en förelöpare till en uppvarvning, så att på nåt sätt ändå kunna skilja ut det så gott det nu låter sig göras, för annars kan man gå omkring och vara rädd för sina känslor (...) så att det handlar ju mycket om nån slags självkänedom (...) dels om bipolär sjukdom generellt, men sen vad gäller för mig?”*

Förutom acceptans och normalisering, så nämner någon att man kan arbeta med villkorade antaganden och livsregler, för att ge patienterna insikt om bakomliggande orsaker till att de agerar på vissa sätt som kan trigga nya sjukdomsskov. Samt att en del patienter kan behöva hjälp att bearbeta skam och skuld; när de berättar om tidigare sjukdomsskov där de gjort saker som de sedan ångrar. En informant hade även börjat använda sig av Mental Imagery.

### **Att anpassa KBT till bipolär sjukdom**

#### *Realistiska behandlingsmål*

Alla informanter har i sitt arbete på specialistmottagningarna reflekterat över vilka mål som är realistiska att sätta i KBT för patientgruppen ifråga, då bipolär sjukdom ju inte går att bota. Många informanter tar upp hur viktigt det är att just sätta mål och gå igenom förväntningar i början av terapin, för att minska risken att patienterna blir besvikna när de inte helt blir av med sina symtom. När det gäller de bipolära symtomen, så är alla inne på samma linje, att det främsta målet är att lära patienterna att förebygga, hantera, samt återhämta sig från, sjukdomsskov. Det är också generellt sett det vanligaste målet i gruppbehandlingarna, där man riktar in sig just på de bipolära symtomen. I individuella psykoterapier, menar informanterna, att målen självfallet varierar mer utifrån vad patienterna söker hjälp för; det kan t ex handla om att bearbeta trauman eller lära sig att hantera relationer bättre. Om patienterna söker hjälp för de bipolära symtomen, så tar många informanter upp att ett mål kan vara att höja livskvaliteten och funktionsnivån utifrån patientens förutsättningar. En av informanterna betonar hur viktig roll psykologen också har i att lära patienter att bearbeta att de har fått en livslång sjukdom, vilket inte alltid är lika självklart på resten av mottagningen där det ofta är medicinerings som står i fokus. Detta är i linje med tidigare nämnda vanliga teman i KBT vid bipolär sjukdom, nämligen acceptans och normalisering.

*”När det inte går bra [i KBT] så är det nästan alltid att det handlar om olika förväntningar på vad som är möjligt (...) så för min del som psykolog så försöker jag börja behandlingen*

*med att diskutera frågan inom vilket område ska vi förvänta oss utfall: är det funktion, är det livskvalitet, är det symtom, är det interpersonellt kanske? Jag tycker funktion är ju mer om det är väldigt omfattande problem, mycket samsjuklighet, låg [funktionsnivå], mycket psykiatriserade, då tycker jag funktionsmått kan vara mer gångbara. Om de har lite mer resurser, så tycker jag livskvalitet är en sånt här begrepp, som jag tror att jag som behandlare på en mottagning är ganska unik om att kunna jobba med.”*

#### *Pauser i KBT och utökad terapilängd*

Även om de flesta informanter mestadels arbetar med patienternas komorbida tillstånd, t ex social fobi, PTSD, interpersonella problem eller tvångssyndrom, så blandar sig de bipolära symtomen in i behandlingen förr eller senare när patienterna börjar svänga i stämningsläge. Det här sätter psykologerna på prov, då de kan behöva pausa KBT-interventioner och tillfälligt övergå till mer stödsamtal tills patienternas stämningsläge har stabiliserats. Vissa informanter är inne på att stödsamtal har lägre status än KBT bland psykologer, vilket gjorde att de åtminstone i början av sin tid på specialistmottagningen stundtals kunde ifrågasätta sin roll. Samtidigt är alla informanter ense om att det inte skulle vara rätt att avbryta en psykoterapi pga. att patienter insjuknar i skov. En del informanter besöker patienterna i slutenvården och/eller följer med dem till akuten om det behövs under pågående KBT. Andra nämner att de i dessa lägen har gott stöd av patienternas kontaktpersoner på mottagningen, som kan erbjuda extra stödsamtal och praktisk hjälp. Många tar även upp att hypomani gör det meningslöst att använda kognitiva tekniker, utan då gäller det att pausa terapin och istället ge praktiska råd, som att patienterna behöver ta hjälp av läkare för att se över sina mediciner. Informanterna nämner också vissa fall, där det inte räcker med att pausa, utan att där man får inse att patienten inte kommer bli bättre av psykoterapi, varför behandlingen får avbrytas, vilket kanske inte bara behöver bero på de bipolära symtomen, utan på att patienterna samtidigt har en svår social situation.

*”Innan tänkte jag bara på mitt jobb som psykolog som just att jag gör behandling, det här att vara stöttande har låg status, men jag ser det som att jag gör stödsamtal ibland men också att jag måste kunna göra det minst dåliga, det är ändå i vissa lägen mycket bättre än att säga att nej då kan jag inte göra nånting (...) så att kunna finnas med, även om jag inte aktivt just här och nu kan göra något, det har jag kommit underfund med har varit en investering.”*



*”Sen har det hänt några tillfällen att nån har mått extremt dåligt, då har [en av gruppledarna] fått gå ner till psykjouren med den personen (...) det har vi fått mycket bra feedback på från andra gruppmedlemmar: ja man märkte att ni hade en idé där hur ni skulle göra när någon mådde dåligt, och de har känt att det har varit tryggt.”*

Svängningar i patienternas stämningsläge gör att KBT ofta tar längre tid i anspråk än vid behandling av andra diagnoser. Det kan bero på att KBT-interventionerna då och då som nämnts, behöver pausas, men kan även förklaras av att man kan behöva lägga extra tid på varje moment för att patienterna har kognitiva sänkningar. Det här kan självfallet vara ytterligare en källa till frustration när man börjar arbeta med dessa patienter, så det gäller att finna en acceptans inom sig själv att förutsättningarna ser ut på det viset. Ingen av informanterna nämner dock att det skulle anses som något större problem från specialistteamens sida, att psykoterapier drar ut på tiden, utan det tycks vara allmänt känt och accepterat att det är så. Flera informanter tar även upp att det inte blir bra när det är ett för högt tempo i KBT-grupperna, eftersom deltagarna då inte hinner ta till sig kunskaperna.

*”Jag tänker att tid, kanske är det som man mest måste förstå, att en terapi med de som har bipolär sjukdom kan dra ut på tiden, för att ja, de kan återinsjukna och de har problem som går i skov och det kan vara medicinändringar som stör och allt möjligt.”*

### *Kognitiv funktionsnivå*

Även om patienter med stora kognitiva sänkningar pga. flertalet sjukdomsskov, inte brukar skickas till KBT hos informanterna, så har ändå de patienterna som kommer varierande grad av kognitiva sänkningar. Informanterna har utarbetat olika knep för att hjälpa dessa patienter att ändå kunna ta till sig interventionerna. Förutom att arbeta i ett långsammare tempo, så brukar flera av informanterna skriva enkla kom-i-håglappar till patienterna och/eller uppmuntra dem att fota av tavlan i terapirummet (om de har en smartphone), för att minnas. Några nämner att det också är bra att löpande stämna av med patienterna om de har förstått, samt fråga dem hur mycket de orkar koncentrera sig, så att de t ex inte får mycket text att läsa i hemuppgift. Någon nämner att man får försöka att förenkla KBT-interventionerna utan att förlora det viktiga. En annan menar att man får sänka kraven och tänka om i KBT-metoderna, t ex att lära ut fler säkerhetsbeteenden istället för att exponera, för att patienter med låg funktionsnivå åtminstone ska bli lite mer flexibla. Till sist ska man, som en av informanterna uppmärksammar, inte heller glömma att flera patienter

med bipolär sjukdom även kan vara mycket kapabla och mer ambitiösa än andra patientgrupper, vilket gör att man ibland kan behöva anpassa i motsatt riktning genom att höja ambitionsnivån.

*”Jag har haft några [patienter] som har varit påtagligt kognitivt sänkta, då sker det ganska spontant: det blir mycket mer rita på tavlan och skriva 5 punkter på en minneslapp som de får med sig hem varje gång, lite öva och hur gick det, det blir väldigt konkret (...) men jag skulle vilja säga att anpassning har också skett åt andra hållet, för jag har aldrig träffat så ambitiösa patienter som här, där man ger skriftligt material och de verkligen läser, och de prövar själva, så man bli chockad över energin, så det är bra om man också kan höja ribban.”*

#### *KBT-interventioner vid komorbida tillstånd*

När det kommer till att behandla patienternas komorbida tillstånd, så har informanterna fått lära sig att anpassa valet av KBT-interventioner efter vilket stämningläge som patienterna för stunden befinner sig i. Den här processen beskrivs som att: *hela tiden stanna av och kolla, ge akt på stämningläget, ha fingertoppskänsla, vara extra flexibel och skraddarsy*. För att patienterna ska kunna tillgodogöra sig en ångestbehandling så bör de, enligt informanterna, helst vara så nära sitt habitualtillstånd som möjligt. När patienter är depressiva samtidigt, så börjar många av informanterna med en anpassad version av beteendeaktivering för att först höja stämningläget, innan de kan gå vidare med KBT-interventionerna mot ångesten. Här reflekterar en av informanterna att det går att bli bättre på att be patienterna t ex fylla i stämningdagbok, för att kunna följa hur stämningläget svänger under terapins gång.

*”I de vanliga grundmanualerna, finns ju både beteendeterapeutiska och kognitiva delar, och de fungerar ju båda två bra, det är bara frågan i vilket sjukdomstillstånd patienten kommer in i terapin, och det avgör till stor del vad man börjar med.”*

Patienters ångestsymtom brukar mer eller mindre försvinna när de går in hypomana skov, enligt informanterna, vilket många av dem upplever kan kännas snopet när de är mitt uppe i en ångestbehandling och tyckte att patienterna började göra framsteg. En informant har genom åren lärt sig att använda just det här fenomenet, när patienterna sedan går tillbaka till eutym fas, genom att då påminna dem om deras erfarenhet under hypomanin av att inte

behöva t ex utföra sina tvångshandlingar men att de klarade sig bra ändå, dvs. en form av kognitiv omstrukturering.

*”Ja det [du höll på med i ångestbehandlingen] kan du bara slänga! Då måste du spontant ta till det som man behöver göra när någon blir uppvarvad (...) då får man göra lite paus med de andra delarna, det som var mot ångesten (...) men det kan man [sedan] självklart använda, att man rent kognitivt ifrågasätter förstås, om det nu verkligen är nödvändigt att tvånga för att motverka nånting hemskt, eftersom det ju inte har hänt när man inte har gjort det (...) så man kan använda det här väldigt bra för att utmana de negativa tankarna, som finns i alla de här ångestmodellerna.”*

En annan aspekt av ångestbehandling vid bipolär sjukdom, är att psykoterapin i sig kan trigga nya sjukdomsskov, vilket flera informanter har varit med om. Det kan t ex bli för krävande för patienterna att exponera för det som är ångestväckande, så att de går ner i ett depressivt skov och då tappa energin och motivationen till behandlingen. En del informanterna nämner även att de har varit med om att vissa patienter kan varva upp, hamna i blandtillstånd eller få psykotiska symtom i skoven, om de har en sårbarhet för det.

*”Vi har haft några exempel på patienter som har haft ganska allvarliga ångestproblem, handikappande ångest, där vi har jobbat med exponering och tagit det ganska lugnt (...) men där de ändå har blivit sämre. Nån började få psykostecken när vi jobbade, då var det bara att avbryta direkt, och där nivån var att bara kunna närma sig väldigt försiktigt, ångestladdade stimuli (...) det är man ju ovan med, för i traditionell KBT så blir det ju ofta bra om man forcerar lite grann.”*

PTSD och behov av att bearbeta trauman, är förutom ångestsyndrom i olika former, ett vanligt skäl till att patienterna kommer till informanterna för individuell KBT. Informanternas erfarenhet här, är att det gäller att gå mycket varsamt fram. Några har prövat att behandla PTSD med Prolonged Exposure, men har då upplevt att de har behövt pausa eller backa i behandlingen. Flera nämner därför att de övergått till en anpassad variant med exponering i mycket små doser, och någon nämner att denne med större framgång kunnat använda sig av Imagery Rescripting som ett mildare alternativ till prolonged exposure.

*”Det blir en väldigt anpassad variant, ibland kan vi inte prata om [traumat] och vissa andra gånger så kan man göra det, och då är det en form av traumabehandling, exponeringsbehandling, men det måste ske väldigt mycket på [patientens] villkor.”*

Även beteendeaktivering bör, enligt informanterna, användas med samma försiktighet och fingertoppskänsla som exponeringar. Detta menar de beror på att beteendeaktivering vid bipolär sjukdom kan bli *för* stimulerande, vilket resulterar i att patienterna går upp i ett hypomant skov.

*”Jag skulle säga alla patienter som är deprimerade eller har blivit passiviserade på nåt sätt, så gör man ju det [använder beteendeaktivering], sen tillhör det kanske ovanlighet att man jobbar så väldigt troget BA-modellen (...) det är ju också nånting som man har fått lära sig den hårda vägen; de som har en tendens att hamna i blandtillstånd, där om man pushar de då och aktiverar dem, och känner att: jamen det här går ju bra, men så upptäcker man att: dina tankar rusar ju, du sover inte på nätterna, men du är fortfarande deprimerad.”*

### **Att vidareutveckla KBT för bipolär sjukdom**

#### *Mäta behandlingsutfall*

Som nämndes i samband med *KBT i grupp*, så uppger alla informanter att de på olika sätt har utvärderat sina grupper. Samtidigt är de flesta eniga om att det är svårt att mäta behandlingsutfall för KBT vid bipolär sjukdom. De hänvisar till att sjukdomsförloppet med dess återkommande skov gör det svårt att avgöra om en behandling på ca 3 månader vid en eftermätning verkligen har gett effekt om man syftar på symtomlindring. Detta eftersom gruppbehandlingarna i första hand vänder sig till patienter som befinner sig i eutym fas, för att de ska kunna ta till sig metoderna som är till för att förebygga och lindra framtida sjukdomsskov. Därför kan man vid eftermätning inte veta om patienter som då mår bra, ändå riskerar att få ett nytt sjukdomsskov en tid efter behandlingens slut, då vissa patienter brukar insjukna med några månaders mellanrum, medan andra kan ha flera år mellan skoven. Det märks helt enkelt sällan någon skillnad i eutyma patienters för- och eftermätningar av bipolära symtom. Flera informanter har därför tankar om att genomföra journalstudier, för att få ett tidsspänn på några år före och efter en behandling. Ett problem som dock skulle kvarstå vid journalstudier är avsaknad av kontrollgrupper, eftersom det, som en informant påpekar, inte vore etiskt att låta patienter stå på väntelista i flera år. Alternativet vore därför att låta patienterna vara sin egen kontroll. En annan idé som kommer upp i några intervjuer är att

använda sig av kvalitetsregistret BipoläR, där bl.a. patienternas antal skov per år registreras. Här reflekterar dock en av informanterna, att det ändå är svårt att veta säkert hur många skov patienterna verkligen har haft, eftersom de ofta inte minns detta vid årskontrollerna.

*”Det här med att ha en gruppbehandling som kanske i första hand är förebyggande, då kan man ju inte mäta före och efter egentligen.”*

Då det kanske inte räcker att titta i journalen på hur patienter har rapporterat in antal skov vid årskontrollerna, så funderar informanterna över vilken typ av löpande mätningar man skulle kunna använda. En svårighet som flera informanter nämner, är att hitta patientvänliga och lättadministrerade skattningar, så att patienterna orkar fortsätta skatta t ex sitt stämningsläge över en längre tid och känna att det ger dem något. Flera av informanterna nämner i samband med detta att ny teknik som appar eller Internetbaserade skattningar skulle kunna vara en lösning. Några informanter har erfarenhet av att patienter ibland själva har hittat någon app som de använder för att mäta sitt stämningsläge, men informanterna har inte hunnit sätta sig in i vilka appar som är bra. Däremot skulle flera av dem vilja se en framtida användning av appar eller andra tekniska lösningar, för att på ett smidigare sätt låta patienterna skatta sina symtom under och efter behandlingar.

*”Det finns ju de här nya apparna som börjat tas fram nu, som mäter hur man rör sig, hur intensivt man pratar och hur mycket man använder sociala medier, för alla skattar ju inte när de går in i episoder, men då blir det nån sorts automatisk skattning av det, och att kunna koppla det till olika interventioner, det hade ju varit fantastiskt (...) det skulle man kunna göra i större skala, men det är inget vi har haft utrymme för.”*

Förutom *hur* man ska mäta utfall, så är det, som en del informanter tar upp, inte heller helt enkelt att avgöra *vad* man ska mäta. Det gäller här att mäta rätt saker, för att ta reda på vilka interventioner som ger önskat resultat och inte. Som tidigare nämnts under *Realistiska behandlingsmål*, så finns ju många aspekter att ta hänsyn till vid bipolär sjukdom, eftersom det inte alltid är symtomskattningar som är mest intressanta att titta på. Oavsett vad och hur man ska mäta utfall, så menar dock många av informanterna att de har problem att genomföra större utvärderingar av utfallet i sina behandlingar, pga. att det inte finns någon som har tiden att sammanställa all data. Flera uttrycker att de önskade att det fanns någon i landet med forskningspengar och tid att avsätta till ett större projekt. De skulle även vilja se ett samarbete

mellan specialistmottagningarna för att kunna använda en av manualerna för KBT-grupp i större skala, alternativt att jämföra två olika grupper, så att man fick ihop ett större patientunderlag.

*”Jag tror att det är viktigt [att fråga sig] vad är utfallen? och vilket område är det vi pratar om? så att man använder skalor och mått som speglar det arbete man gör.”*

*”Det som skulle vara ett drömscenario: tänk om alla [specialist-]mottagningar i Sverige skulle köra samma manual, då skulle man ju börja få ihop ett antal patienter (...) eller säg att du skulle ha två olika modeller [att jämföra] (...) och att man skulle ha pengar och nån som doktorerar, så skulle man kunna göra det till en helt annan grej.”*

#### *Vidareutveckla gruppmanualer*

Några av informanterna som arbetar på de äldre mottagningarna, nämner att de har upplevt att det tas för givet av specialistteamet, att det ska finnas en KBT-grupp och att de lokalt utformade manualer som används inte har ifrågasatts eller vidareutvecklats tidigare. De beskriver hur de först har arbetat något år på sin mottagning för att bli varm i kläderna, och sedan tillsammans med en psykologkollega har påbörjat ett vidareutvecklingsarbete av manualerna utifrån de erfarenheter som de har fått genom att hålla gruppen några gånger.

*”Det är ingen som har utvärderat [gruppen] eller prövat att utveckla den, men det har varit ett inslag som ska finnas.”*

En informant har upplevt att det kan bli för mycket undervisande inslag och för lite utrymme för patienterna att komma till tals, vilket han upplever som synd då många patienter uppskattar att få dela erfarenheter. En annan informant har löst detta genom att varva manualens psykoedukation med att lägga till både egna och patienternas exempel som ett sätt att illustrera det manualen ska lära ut. Ytterligare en annan informant skulle istället vilja ha lite längre psykoedukativa inslag i sin manual, då patienter kan ha gått PPI för länge sedan och därför behöver repetition. Denne informant vill också se en tydligare röd tråd genom behandlingens moduler, så att dels alla moment är tydligare kopplade till bipolär sjukdom, dels att modulernas teman kunde vara uppdelade efter att förebygga skov, hantera skov samt vidmakthålla. En annan informant har också saknat en vidmakthållandeplan kopplad till gruppbehandlingen, och har därför dels lagt till en extra session för vidmakthållande, dels lagt

till en uppföljande träff där varje deltagare får ett enskilt samtal med psykolog tillsammans med sin kontaktsköterska och läkare, så att även de blir informerade om vad patienten har lärt sig i gruppen, och att en vidmakthållandeplan skrivs in i journalen.

*”Lite mer känsla av att det är inriktat mot den bipolära sjukdomen (...) för att det ska bli en röd tråd (...) kanske lite längre kring det psykoedukativa (...) förankra det från början i någon slags stress-sårbarhetsmodell (...) att hålla skov borta är en modul (...) sen en modul: hur kan vi hantera när vi väl har skov? och sen vidmakthålla på slutet för att knyta ihop säcken.”*

När det gäller vidareutveckling av vilka KBT-interventioner som ska ingå i gruppmanualerna, så är några informanter inne på att minska de kognitiva inslagen och gå mer mot ett ACT-perspektiv. Anledningarna som informanterna nämner, är att de dels upplever att patienterna särskilt när de är deprimerade har svårt att ta till sig de kognitiva interventionerna, dels att informanterna själva inte brukar arbeta så mycket med kognitiva interventioner i övriga individuella terapier och därför känner sig mer bekväma att använda beteendeterapeutiska interventioner, så som inslag av ACT.

*”Speciellt när man jobbar med de [kognitiva tekniker] i gruppbehandling, så blir det inte att man har tid att gå in på det så mycket och det är för komplicerat, så vi har gått ifrån den kognitiva teorin till ett mera ACT-perspektiv och sen förstås också ett beteendeperspektiv.”*

### *Prioritera*

Flera av informanterna har reflekterat över vilka patienter som har störst nytta av KBT för sina bipolära symtom och har kommit fram till att det egentligen vore bäst att prioritera de som är relativt nyinsjuknade. Många informanter vittnar dock om, som tidigare nämnts, att det oftast dröjer innan patienter kommer till psykologerna, så att de redan har haft flertalet sjukdomsskov. Några informanter talar därför om att man åtminstone när det gäller KBT-grupperna, vill få in nyinsjuknade snabbare. En informant har också funderat över hur mottagningen ska göra för att bromsa ett skenande antal patienter samtidigt som personalstyrkan inte växer i samma takt, då resurserna är knappa i landstinget. Informanten menar att en idé vore att mottagningen skulle börja arbeta på samma sätt som t ex DBT-team brukar göra för patienter med borderline personlighetsstörning, dvs. att erbjuda patienterna en tidsbegränsad specialistbehandling och att patienterna sedan får återgå till sina respektive allmänpsykiatriska mottagningar. Informanten tror att majoriteten av patienterna skulle vara

ok med det upplägget och att dessa patienter skulle tjäna på att personalen fokuserar på det friska hos dem.

*”Vi försöker ju få dem så snabbt som möjligt egentligen, när de har fått sin diagnos och accepterat att de har en diagnos och har hunnit bli relativt stabila, oftast krävs det ju några insjuknanden innan man accepterar att man har en diagnos, vilket ju är helt förståeligt.”*

*”Vi har försökt lobba nu för att få ett tillfälligt behandlingsövertag (...) lite som andra specialistmottagningar gör (...) så de kommer till oss, de får lära sig det de behöver, får optimera medicineringen (...) och sen ska de gå tillbaks till basteamen i sina hemkliniker, för annars måste man ju tredubbla vår personalstyrka, det kommer ju inte att ske (...) så att verkligen jobba mot friskheten hos de här patienterna.”*

#### *Samarbeta mellan specialistmottagningarna*

Redan under förarbetet till denna studie, så framgick det att specialistmottagningarna inte har så mycket samarbete med varandra. Ingen av informanterna hade exempelvis koll på var alla de övriga specialistmottagningarna ligger i landet eller hur många de är. Det var endast några av informanterna som hade haft sporadisk kontakt med varandra de senaste åren. Några hade tittat på varandras lokalt utarbetade manualer för KBT-grupper, och två av mottagningarnas manualer används på andra mottagningar i landet. De flesta informanter sa sig vara positiva till att utbyta erfarenheter med psykologer på de andra specialistmottagningarna, och var nyfikna på varandras arbetssätt, vilket även var en vanlig anledning till att de tackade ja till att vara med i denna studie. Några informanter nämnde att det hade varit bra att kunna bolla idéer med varandra om hur man ska vidareutveckla sina gruppmanualer, som flera av dem nu arbetade med parallellt utan att känna till varandras arbete.

Någon nämnde att nätverkande även skulle kunna bidra kunskapsmässigt till psykologerna, då det kan vara svårt att hitta KBT-handledare som är specialiserade inom bipolär sjukdom. Många uppgav dock att de hittills inte hade haft tid att få till träffar. Andra hade gjort studiebesök, men sedan hade det runnit ut i sanden. En förklaring till tidsbristen, som informanterna uppgav, var omorganisationer, samt att många av dem som nyanställda hade haft mycket att sätta sig in i för egen del, t ex hur de vill vidareutveckla gruppmanualerna. En informant tillade att bristen på nätverk mottagningarna emellan kan bero på att psykologer



inom psykiatrin generellt sett har en annan kultur än t ex psykiatriker eller neuropsykologer, där man tar sig tid att nätverka på nationella konferenser.

*”För psykiatrikerna, de har ju nätverk, eller hur? Och de har bipolärkonferenser och såna här farmakasponsrade grejer (...) och neuropsykologer [har det], de är ju rätt tajta och har konferenser och så, men vi som sitter då som paramedicinare på diverse mottagningar, vi är ju bara nån sorts extraresurs, fastän vi egentligen är ganska nischade och specialiserade, vi skulle kunna ha egna konferenser och kunna driva utvecklingen, men det är inte alls så det är.”*

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Den första frågeställningen i studien handlade om psykologernas kliniska erfarenhet av vilka KBT-interventioner som är verksamma och inte, vid behandling av bipolär sjukdom och vad de tror att detta beror på. Under intervjuerna stod det klart att de flesta informanter ansåg att såväl kognitiva som beteendeterapeutiska interventioner kan vara verksamma i behandling av bipolär sjukdom, men att patientens aktuella stämningsläge avgör när och hur interventioner kan användas. Detta stämmer överens med de KBT-manualer för bipolär sjukdom som finns på marknaden, som innehåller både kognitiva och beteendeterapeutiska inslag (Basco & Rush, 2005; Deckersbach et al, 2014; Lam et al, 2010; Otto et al, 2015). Informanterna uppgav att patienterna helst ska vara eutyma vid förebyggande behandling, som t ex KBT i grupp. De flesta hade även en policy att patienterna bör vara så stabila som möjligt när de erbjuds individuell KBT, så vida syftet inte är att behandla depressiva symtom med beteendeaktivering, samt inte ha alltför sänkt kognitiv funktionsnivå vilket kan uppstå efter många och svåra skov. Detta är i linje med några av slutsatserna som Reinares et al (2014) drar, dvs. att KBT helst bör sättas in under eutym fas och i ett så tidigt skede som möjligt i sjukdomsförloppet. Informanterna var även eniga om att eutymi och en ok kognitiv funktionsnivå var att föredra vid kognitiva tekniker, då dessa ställer högre krav på patienterna att kunna samla tankarna, vilket är svårt såväl vid depressiva som hypomana skov. Det nämndes att man först kan använda beteendeaktivering för att lindra depressionen för att sedan t ex arbeta kognitivt med patientens villkorade antaganden som kan ligga till grund för att hen beter sig på ett sätt som triggar nya skov. Även beteendeterapeutiska interventioner

påverkas av stämningsläge, enligt informanternas kliniska erfarenhet. Vid beteendeaktivering, så menade de att det därför är viktigt att lägga till lagom med aktiviteter och löpande stämma av stämningsläget, så att inte interventionen i sig triggat igång hypomani eller blandskov.

Exponeringsbehandlingar bör liksom beteendeaktivering, enligt informanterna, anpassas genom att gå varsamt fram och vara uppmärksam på tidiga tecken för nya skov. De menade att exponeringar har potensen att kunna trigga igång svängningar i stämningsläget, såväl uppåt som nedåt, varför patienterna helst ska vara så eutyma som möjligt vid behandlingsstart. Vidare nämndes att hypomana skov i regel innebär att patienternas ångestsymtom tillfälligt försvinner, varför ångestbehandling då tvingas pausas tills stämningsläget går ner igen. Likaså kan depressiva skov försvåra exponeringar, då patienterna knappt orkar ta sig till terapin, än mindre exponera sig för ångestväckande stimuli. Vid behandling av PTSD hade flera informanter upplevt att metoden prolonged exposure kan vara riskabel, då även den kan trigga igång skov, varför de hade prövat lite olika varianter. En var att gå extra långsamt fram i exponeringarna, en annan att använda den alternativa metoden Imagery rescripting, som upplevdes som mjukare med mindre risk att trigga skov.

Informanterna kom här in på att diskutera avsaknaden av KBT-manualer som berör hur behandlingar av tillstånd som ångestsyndrom, PTSD och tvångssyndrom, bör anpassas för patienter med bipolär sjukdom. Kunskapsluckan upplevdes som besvärlig, då alla informanter främst arbetade just med patienternas komorbida tillstånd, eftersom behandling av de bipolära symtomen oftare var sjuksköterskornas arbetsuppgift på specialistmottagningarna. Författaren har bara kunnat finna en behandlingsstudie som nämner att de i sin behandlingsmetod även berör patienternas komorbiditet, men går inte närmare in på hur de gör (Jones et al, 2015). Till dess det kommer ut manualer i ämnet, är förhoppningsvis denna uppsats ett positivt bidrag.

Informanterna tog även upp olika aspekter att förhålla sig till vid behandling av bipolär sjukdom. För flera hade det tagit tid att acceptera att sjukdomen är kronisk och kommer i skov, ofta oberoende av vad som görs i behandlingen. De avbrott i ångestbehandlingar som skov orsakar har flera informanter många gånger upplevt som frustrerande, när de tyckt att de har varit mitt uppe i en bra process och har börjat se framsteg – ett knep var att se detta som en positiv utmaning i arbetet. Författaren har inte hittat några studier om psykologers upplevelser av att arbeta med bipolär sjukdom och det faktum att den är kronisk.

Acceptans krävdes också hos informanterna när det gäller att KBT endast är ett komplement till medicinering, som är nödvändig för de allra flesta patienter. Medicineringens effekter kunde även göra det svårt för informanterna att avgöra orsaker till patienternas mående under terapins gång. Däremot var det inte så många som behövde motivera patienter att ta sina mediciner, då de flesta som kom till KBT på specialistmottagningarna hade god compliance, vilket för övrigt är svar på tilläggsfrågan i intervjun som rörde användandet av MI vid medicinvägran. God compliance är, enligt författarens erfarenhet, inte lika vanligt bland patienter på allmänpsykiatriska mottagningar där det ganska ofta förekommer att patienter behöver motiveras till medicinering, vilket även nämns i litteraturen (Miklowitz, 2014; Sonnenstein, 2013).

Ytterligare en faktor, som alla informanter nämnde att man bör förbereda sig på är att KBT med denna patientgrupp generellt sett tar längre tid än vid andra diagnoser. Det här bekräftas bl.a. av Basco & Rush (2005) som rekommenderar flexibilitet när det gäller terapilängden. Det beror på att KBT, som tidigare nämnts, ofta behöver pausas pga. skov. Det leder in på nästa aspekt som alla nämnde, nämligen att det då och då krävs att man gör avsteg från terapin och istället erbjuder patienterna tillfälliga stödjande insatser när stämningsläget är instabilt. Bedömningen var att detta gynnar terapialliansen, då patienterna uppskattar att man finns kvar för dem även då det inte går att arbeta aktivt i terapin. Detta nämns inte så ofta i behandlingsstudier, där exklusionskriterie kan vara att undersökningsdeltagarna får skov under behandlingens gång (Lauder et al, 2015; Ives-Deliperi et al, 2013). Lam et al (2010) tar dock upp att terapeuten ibland behöver hjälpa patienterna med praktisk problemlösning pga. t.ex. ekonomiska svårigheter som skov har orsakat.

Den andra frågeställningen i studien berörde vilka KBT-interventioner som psykologerna använder idag för patientgruppen och vad de har för tankar kring hur KBT skulle kunna utvecklas på området. Här kom intervjuerna att främst handla om de KBT-grupper, som fanns på de flesta mottagningar, och som syftar till att förebygga och hantera bipolära symtom. Det framkom att nästan alla har lokalt utarbetade gruppmanualer, men att dessa har mycket gemensamt; som psykoedukativa inslag, stämningsdagböcker, att lära patienterna att aktivera sig vid depression och begränsa stimuli vid uppvarvning, kognitiva interventioner samt relationsfärdigheter, vilket är i linje med vad de flesta terapier för bipolär sjukdom fokuserar på (Geddes & Miklowitz, 2013). I både gruppbehandling och individuella terapier, med fokus på de bipolära symtomen, nämnde informanterna att de vanligen arbetade med att lära

patienterna att acceptera och lära sig leva med att sjukdomen är livslång, samt att normalisera känslor så att patienterna inte tolkar allt som tidiga tecken på nya sjukdomsskov, vilket även rekommenderas i litteraturen (Sonnenstein, 2013).

Vissa hade påbörjat ett arbete att vidareutveckla sina manualer och förslag som återkom var att minska ner på de kognitiva inslagen till fördel för ACT och mindfulness, då man uppfattat att gruppdeltagarna ofta har svårt att ta till sig de kognitiva teknikerna på den begränsade tid som omkring 12-14 gruppträffar innebär. Andra förslag var att tydliggöra för patienterna hur de olika KBT-momenten i gruppbehandlingen är kopplade till just bipolär sjukdom, samt att lägga till en vidmakthållandeplan. Vad gäller att tillföra ACT-inslag i KBT-grupper för bipolär sjukdom, så pågår det doktorandstudier i ämnet, men ännu är inga resultat publicerade vad författaren känner till (Örn, 2015). Informanterna hade även tankar kring att prioritera nyinsjuknade patienter till de vanliga KBT-grupperna, och att starta upp en separat grupp för patienter med stora kognitiva sänkningar. Det här är i linje med bl.a. Reinares et al (2014), som menar att nyinsjuknade har bäst nytta av KBT, och Basco och Rush som rekommenderar att man bör anpassa innehållet i behandlingen efter hur länge patienterna har haft sjukdomen. Torrent et al (2013) har tagit fram gruppbehandlingen *funktionell remediering* för rehabiliterande insatser vid kognitiv sänkning hos patienter som vanligtvis har haft sjukdomen en längre tid.

Under intervjuerna framkom att inte så många av informanterna hade kännedom om varandras arbete på de andra specialistmottagningarna. Några hade träffats, men flera initiativ till samarbete hade runnit ut i sanden, vilket de framför allt förklarade med tidsbrist. Någon nämnde även att det saknas en tradition bland psykologer inom psykiatrin att ordna gemensamma träffar för kunskapsutbyte. Flera blev dock i och med denna intervjustudie, intresserade av att nätverka med andra mottagningar och efterfrågade därför, och fick, varandras kontaktuppgifter via författaren. En fördel som togs upp med kunskapsutbyte, var att detta skulle kunna kompensera för den svårighet som upplevdes när det gäller att hitta KBT-handledare med specialistkunskaper om bipolär sjukdom. Många nämnde också att de skulle vilja se framtida forskning i Sverige där man t ex skulle kunna enas om att använda en eller två gruppmanualer som kunde utvärderas på alla mottagningar, så att det gick att få ihop ett större deltagarantal. I samband med detta nämnde flera ett önskemål om att det skulle finnas någon person med tid och medel för forskning, som kunde leda ett sådant projekt. Ett

dylikt forskningssamarbete mellan specialistmottagningar för bipolär sjukdom finns bl.a. i Spanien (Colom et al, 2014).

Den tredje frågeställningen var vad psykologerna tyckte bör vara mål i KBT-behandling av bipolär sjukdom och vad de skulle vilja se som behandlingsmål i framtida studier. Gällande mål i behandling av de bipolära symtomen, så tog informanterna upp att ett viktigt mål, som ofta även önskas från organisationen, är ett minskat antal, eller åtminstone lindrigare, skov. Samtidigt lyfte många fram alternativa mål i terapi, med tanke på att det är en kronisk sjukdom, vilket kan vara att höja livskvaliteten och funktionsnivån utifrån patienternas förutsättningar. Målen livskvalitet och funktionsnivå är även något som återkommer när informanterna talar om vad de skulle vilja se som behandlingsmål i framtida studier. Många vittnar om svårigheterna i att utvärdera KBT-grupperna, eftersom det är en förebyggande behandling där patienterna helst ska vara eutyma, vilket innebär att man oftast inte kan se någon förändring i symtomskattningar vid för- och eftermätningar. Det säger heller inte så mycket att patienter är symtomfria vid behandlingens slut, eftersom vissa kan ha årslånga intervall mellan sina skov. Här hade flera informanter idén att man bör genomföra longitudinella journalstudier för att kunna mäta antalet skov åren före och efter en gruppbehandling. Författaren har inte kunnat hitta någon studie där man har använt sig av journalstudier, troligen pga. det tidskrävande arbetet, det vanliga är att patienterna själva i formulär får skatta sina symtom, samt t ex livskvalitet och funktionsnivå, vid upprepade mättillfällen (bl.a. Isasi et al, 2014), vilket riskerar bortfall vid långtidsuppföljningar.

En annan svårighet som informanterna diskuterade var hur man ska få patienterna att göra symtomskattningar över tid, och hur man på ett tillförlitligt sätt kan mäta skov. Här kom flera in på att det vore bra om det fanns någon användarvänlig app eller Internetbaserad skala att rekommendera till patienterna när de ska mäta sitt stämningsläge över tid. Detta är något även Sonnenstein (2013) tipsar om. Någon tog även upp problemet att det kan vara svårt att få patienterna att minnas alla sina skov vid t ex årsuppföljningar som registreras i kvalitetsregister, vilket kan försvåra att sedan hitta skoven om man skulle göra journalstudier. En informant hade hört talas om att det ska finnas appar som automatiskt mäter patienternas aktiviteter på sociala medier, hur intensivt de talar och hur de rör sig, vilket skulle kunna vara en lösning på problemet att patienterna inte alltid själva uppfattar att de är på väg in i ett skov och kommer ihåg att skatta detta.

## Metoddiskussion

Den interna validiteten, eller trovärdigheten, i en intervjustudie som denna delas, enligt Malterud (2014), in i kommunikativ validitet, deltagarkontroll och triangulering. Gällande den kommunikativa validiteten, så hänvisas beskrivning av författarens förståelse till Inledningen, medan beskrivning av datainsamling, analysprocess, samt urval, hänvisas till Metod. Ytterligare kommentar angående urvalet följer här nedan.

Gällande deltagarkontroll, så har framför allt dialogisk validering använts, dvs. informanterna har genom författarens följdfrågor fått möjlighet att själva göra förtydliganden för att rätta ev. felaktiga uppfattningar och missförstånd, direkt under intervjuerna. Dessutom har de, som nämnts under Metod, haft möjlighet att förtydliga sina citat, när dessa mejlats ut före färdigställandet av uppsatsen. Gällande triangulering, att se på problemet ur flera synvinklar, så är detta en brist i studien. Författaren har i och med att denne varit ensam i studien, inte använt sig av observatörstriangulering där flera får delta i datainsamling och analys. Inte heller har teoritriangulering tillämpats, då författaren endast har läst in sig på tematisk innehållsanalys vilket var den metod som handledaren rekommenderade för studiens syfte. Det som närmast kan sägas ha eftersträvat är källtriangulering, och då syftar författaren på att denne velat ha med informanter från specialistmottagningar i alla landsändar. Däremot kan självklart informanterna ses som en relativt homogen grupp, då de alla är psykologer på just specialistmottagningar.

Gällande urvalet av informanter till studien, så hade det funnits alternativa sätt att gå till väga i studien. Författaren hade kunnat inkludera andra yrkeskategorier som arbetar med KBT på de mottagningar som saknade psykolog med KBT-inriktning. Skälet till att enbart psykologer inkluderades, har varit risken att eventuella svar som har kunnat sticka ut skulle kunna förklaras med att de kom från informanter med annan yrkesbakgrund, snarare än att dessa bara hade andra erfarenheter av KBT vid bipolär sjukdom. Författaren hade även kunnat inkludera landets specialistmottagningar för barn och ungdomar. Skälet till att dessa exkluderades har varit två: dels så har författaren känt de psykologer som arbetar på en av mottagningarna, vilket hade kunnat påverka intervjuerna. Dels så har författaren vetat, sedan sin egen anställning på en av dessa mottagningar, att arbetet med denna åldersgrupp skiljer sig från det med vuxna patienter, då KBT ofta kombineras med familjeinsatser och nätverksarbete, vilket hade kunnat göra att svaren från dessa mottagningar skulle sticka ut. Vidare hade författaren vid kartläggningen av landets specialistmottagningar, kunnat

komplettera sökningar på landstingens hemsidor med att ringa landets mottagningschefer för att fråga vilka landsting som har subspecialiserade team för bipolär sjukdom inom sina allmänpsykiatriska mottagningar. Författaren hade också kunnat fortsätta sträva efter att få till den sjunde intervjun, men efter flertalet avbokningar och att tiden började bli knapp, så har åter hänsyn tagits till studiens omfattning, och då har sex intervjuer ansetts vara lagom, vilket är ett vanligt antal i intervjustudier. Till sist hade författaren kunnat låta lottning avgöra vilken av varje mottagnings två psykologer med KBT-inriktning som skulle delta i intervjuerna. Detta hade möjligen kunna påverka könsfördelningen; samtidigt är denna troligen inte så avgörande i studien ifråga.

Gällande objektivitet, som också är en del av den interna validiteten, så märkte författaren vid genomgång av transkriberingarna, att denne i vissa intervjuer tenderade att flika in egna åsikter och erfarenheter av patientgruppen ifråga. Vid några tillfällen har författaren en bias då denne frågar vissa om de tycker att det är svårt att använda kognitiva tekniker. Vid genomgången av författarens uttalanden och informanternas svar på dessa, så framgår dock att de inte tycks låta sig påverkas nämnvärt, för allt som oftast invänder dem när de inte håller med författaren. Vid de tillfällen i intervjuerna där författaren ställer följdfrågor i form av påståenden som baseras på dennes erfarenheter, så förtydligar informanterna hur de själva menade, vilket många gånger skiljer sig från författarens tolkning. Därmed torde författarens bias inte ha påverkat negativt genom att styra informanternas svar. Tvärtom har författarens förkunskaper inom fältet snarare varit till övervägande fördel då denne har kunnat ställa relevanta följdfrågor genom att fånga upp lösa trådar i informanternas svar och därigenom inte riskera att missa viktig information.

Gällande extern validitet, eller överförbarhet av studiens resultat, så torde denna vara god om man utgår ifrån att studiens syfte var att kartlägga erfarenheter av KBT vid bipolär sjukdom för de psykologer som är anställda på landets specialistmottagningar, då studien har omfattat 6 av dessa 9 mottagningar. Om man däremot skulle ta det ett steg längre och vilja överföra resultaten till att även gälla andra psykologer som arbetar med KBT vid bipolär sjukdom på landets allmänpsykiatriska mottagningar, så finns några invändningar. En torde vara att psykologerna som deltar i studien arbetar under speciella förhållanden, då de t ex har specialistteam som kompletterar den psykologiska behandlingen, vilket inte är fallet på allmänpsykiatriska mottagningar. Det är t ex, enligt författarens erfarenhet, inte säkert att en psykolog anställd inom allmänpsykiatrin kan förlita sig på att det finns sjuksköterskor med

goda kunskaper om bipolär sjukdom som vid behov kan erbjuda täta stödsamtal vid sjukdomsskov, motiverande samtal vid medicinvägran, samt psykoedukation till patienterna. Det är även, enligt Orhagen (2014), långt ifrån alla allmänpsykiatriska mottagningar som erbjuder PPI, vilket gör att de patienter med bipolär sjukdom som kommer till psykologerna i allmänpsykiatri, ofta inte har de förkunskaper om sin sjukdom, som de patienterna som psykologerna i studien träffar, vanligtvis har.

Det är också, vad författaren känner till, relativt ovanligt att allmänpsykiatriska mottagningar erbjuder KBT-grupper för patienter med bipolär sjukdom, varför psykologerna där vanligtvis arbetar med KBT individuellt även då det är de bipolära symtomen som är behandlingens fokus, något som var mindre vanligt på specialistmottagningarna som finns representerade i studien. Slutligen är det fortfarande, enligt bl.a. Geddes och Miklowitz (2013), en allmän uppfattning på många mottagningar, att det i första hand, och oftast uteslutande, är medicinering som denna patientgrupp anses behöva, varför många psykologer, enligt författarens erfarenhet, inte har så mycket kunskaper om att arbeta med de bipolära symtomen. Det sistnämnda är för övrigt även något som informanterna nämnde; dvs. att de själva inte hade så mycket erfarenhet av bipolär sjukdom före de började på specialistmottagningarna, fastän flera av dem har mångårig erfarenhet från allmänpsykiatri. Det som dock bör gå att generalisera även till KBT som utförs på allmänpsykiatriska mottagningar, är de anpassningar som man behöver göra vid bipolär sjukdom när man arbetar med komorbida tillstånd. Detta eftersom det är viktigt att inte förringa att patienter har bipolär sjukdom, även om fokus för psykoterapi kan vara t ex ett ångestsyndrom.

Vad gäller reliabilitet, eller studiens pålitlighet, så bedöms den i kvalitativ metod, enligt Malterud (2014), utifrån kvaliteten på den tekniska utrustningen samt författaren. Här kan nämnas att inspelningarna höll en mycket god ljudkvalitet. Det var bara under två intervjuer som det förekom enstaka tillfällen då det var svårt att höra vad informanterna sa, pga. omgivande ljud; dels intervjun på caféet, dels då en informant hade med sitt lilla barn. Författarens förförståelse och vana att genomföra intervjuer har redan kommenterats under Inledningen. Vald handledare till denna studie har gedigna kunskaper i kvalitativ metod efter mångårig forskning, däremot har handledaren inte specifika ämneskunskaper om KBT vid bipolär sjukdom, men där har avvägning gjorts att författaren själv har tillräckliga kunskaper.

Gällande författarens förmåga till följsamhet till datan, så kan nämnas att ingen formell



pilotintervju genomfördes, vilket var tanken från början. Dock har intervjuguiden justerats något efter den första intervjun då författaren la till en följdfråga om motiverande samtal vid medicinvägran. En fråga som nästan alla informanter hade svårt att besvara, var frågan om vilka KBT-interventioner som fungerar mindre bra vid bipolär sjukdom. Denna fråga hade kunnat ändras till att gälla vilka anpassningar av KBT som behöver göras vid bipolär sjukdom, vilket även blev en följdfråga då informanterna inte förstod den ursprungliga frågan. Författaren gjorde dock ett val att inte ändra denna fråga, då tanken var att alla informanter så långt som möjligt skulle få samma frågor. Författaren borde kanske även ha haft med en intervjufråga om hur bipolär sjukdom påverkar KBT vid komorbiditet, då alla informanter vittnade om att de mestadels arbetar just med patienternas komorbiditet. En sådan fråga hade möjligen kunnat tillföra fler intressanta svar kring hur KBT ska anpassas vid bipolär sjukdom. Nu kom sådana svar med ändå, så det är svårt att avgöra hur mycket mer en sådan fråga hade gett. Samtidigt var studiens syfte KBT vid just bipolära symtom och inte vid komorbiditet. Det hade möjligen även kunnat tillföra studien ytterligare en dimension om informanterna hade tillfrågats hur KBT bör anpassas utifrån om det är bipolär typ I eller typ II. Detta var dock inget som informanterna själva kom in på i någon större utsträckning – vissa av dem arbetar också på mottagningar som enbart vänder sig till patienter med typ I.

## **Slutsatser**

Resultatet visar att informanterna upplever att både kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner kan fungera, men bör väljas efter patienternas stämningsläge och anpassas efter den kognitiva funktionsnivån. Det var dock svårt för informanterna att med klarhet svara på vilka KBT-interventioner som är verkningsamma pga. att sjukdomens kroniska förlopp med återkommande skov, där medicinering också påverkar symtombilden, gör det svårt att hitta bra mätmetoder. Skov gör även att KBT då och då får pausas för stödjande insatser, och terapitiden förlängs. Informanterna träffar vanligtvis patienter som har god compliance till medicinering, varför de sällan behöver använda MI-tekniker. Det framkom även att informanterna i individuell KBT oftare arbetar med patienternas komorbiditet än de bipolära symtomen, varför de efterfrågade anpassade manualer för komorbida tillstånd vid bipolär sjukdom. Vid beteendeaktivering, samt exponering vid komorbida tillstånd, är slutsatsen att man bör gå varsamt fram och ha koll på stämningsläget, för att inte trigga nya skov. Då det inte alltid går att minska skoven även om patienterna lär sig förebygga vid sjukdomstecken, så kan mål vara att höja livskvaliteten och funktionsnivån samt öka sjukdomsacceptansen och normalisera de känslor som inte är sjukdomstecken. De flesta specialistmottagningar har

KBT-grupper för att förebygga skov, och här framkom förslag om att vidareutveckla de lokalt utarbetade manualerna; t ex att minska de kognitiva inslagen. Förslag framkom att nyinsjuknade bör prioriteras till de dessa grupper, medan de med större kognitiva sänkningar bör erbjudas annan grupp för rehabilitering. Specialistmottagningarna samarbetar idag inte, men förslag framkom om att gemensamt ta fram en eller två gruppmanualer, som kan utvärderas longitudinellt med appar och/eller journalstudier. Önskemål fanns att någon med tid och forskningsmedel kunde samordna ett nationellt projekt.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Som har framgått av denna studie, och internationell forskning som ännu är i sin linda, så är det idag svårt att med säkerhet dra slutsatser om hur verkningsfullt KBT är vid bipolär sjukdom. Det är dock angeläget med anledning av sjukdomens svårighetsgrad och utbredning att fortsätta arbetet med att finna mer effektiva behandlingsmetoder, varav KBT är en. Förslag till fortsatt forskning är att jämföra två gruppmanualer genom att starta ett nationellt KBT-nätverk för landets specialistmottagningar. Vidare att undersöka vilka KBT-interventioner som fungerar bäst under vilken fas i sjukdomen, hur man bättre kan mäta symtom under längre tid med exempelvis appar eller journalstudier, samt utvärdera skattningsskalor som mäter livskvalitet och funktionsnivå vid bipolär sjukdom.

### **Referenser**

- American Psychiatric Association; APA (2014). *Mini-D 5 diagnostiska kriterier enligt DSM 5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Basco, M. och Rush, J. (2005). *Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Publications.
- Bauer, MS. (2001). An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 35(3), 109-34.
- Bonnin, C., Torrent, C., Vieta, E. & Martínez-Arán, A. (2014). Restoring Functioning in Bipolar Disorder: Functional Remediation. *Harvard Review of Psychiatry*, 22 (6), 326-330.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

- Colom, F., Vieta, J., Sánchez-Moreno, R., Palomino-Otiniano, R., Reinares M., Goikolea, M., Benabarre, A. & Martínez-Arán, A. (2009). Group Psychoeducation for stabilized bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (3), 260-265.
- Deckersbach, T., Hölzel, B. & Eisner, L. (2014). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder*. New York: Guilford Publications.
- Eriksson, A. & Lövgren, L. (2013). *Internetbaserad kognitiv beteendeterapi för personer med bipolär sjukdom – en pilotstudie*. (Psykologexamensuppsats). Örebro: Institutionen
- Franzén, M. & Rebane, A. (2014). *KBT-gruppbehandling av bipolär sjukdom. En pilotstudie*. (Psykologexamensuppsats). Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Geddes, J. & Miklowitz, D. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381, 1672-82.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440.
- Howells, F., Rauch, L., Ives-Deliperi, V., Horm, N. & Stein, D. (2014). Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: pilot ERP and HRV study. *Metabolic Brain Disease*, 29, 367-375.
- Isasi, G., Echeburúa, E., Limiñana, J. & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorders: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, 29, 134-141.
- Ives-Deliperi, V., Howells, F., Stein, D., Meintjes, E. & Horn, N. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1152-1157.
- Jones, S., Smith, G., Mulligan, L., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., Wleford, M., Kelly, J., Mulligan, J. & Morrison, A. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 58-66.
- Lam, D., Jones, S. & Hayward, P. (2010). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder - A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. London: Wiley-Blackwell.
- Lauder, S., Chester, A., Castel, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., ..., & Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: An Internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 171, 13-21.

- Liberg, B. och Adler, M. (2016). *Bipolär affektiv sjukdom*. Internetmedicin. Behandlingsöversikt hämtad maj 2016 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1388>
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Miklowitz, D. (2014). Bipolar disorder. In Barlow, D. (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual. (5th ed.)* (pp. 462-501). New York: Guilford Press.
- Ng, R. M. K., Di Simplicio, M. & Holmes, E. (2016). Mental imagery and bipolar disorders: Introducing scope for psychological treatment development? *International Journal of Social Psychiatry, 62* (2), 110-113.
- Orhagen, T. (2014). *Så får familjen kraft att hantera symtomen*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Reportage hämtat maj 2016 från <http://www.anhoriga.se/nyheter/sa-far-familjen-kraft-att-hantera-symtomen/>
- Otto, M., Reilly-Harrington, N., Knauz, R., Henin, Kogan, J. & Sachs, G. (2015). *Managing Bipolar disorder – A Cognitive Behavior Treatment Program*. London: Oxford University Press.
- Parikh, S., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L., Young, T., Patelis-Siotis, I., ... & Streiner, D. (2011). A Randomized Controlled Trial of Psychoeducation or Cognitive-Behavioral Therapy in Bipolar Disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 73*, 803-810.
- Peters, A. Sylvia, L., da Silva Magalhaes, Miklowitz, D., Frank, E., ... & Deckersbach, T. (2014). Age at onset, course of illness and response to psychotherapy in bipolar disorder: results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Psychological Medicine, 44*, 3455-3467.
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J. & Fountoulakis, K. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders, 156*, 46-55.
- Sonnenstein, A. (2013). Bipolärt syndrom. I Öst, L-G (red.) *KBT inom psykiatrin* (2 uppl.) (ss. 211-227). Stockholm: Natur och Kultur.
- Torrent, C., Bonnin, C.M., Martinez-Aran, A., Valle, J., Amann, B.L., Gonzales-Pinto, A., ... & Vieta, E. (2013). Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *American Journal of Psychiatry, 170*, 852-859.
- Vieta, E., Colom, F. (2004). Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful

thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 422, 34-38.

Örn, P (2015). Behandlingen av bipolära patienter bör ha mer fokus på livskvalitet. *Psykologtidningen*, 2, 16-19.

## Bilagor

### Bilaga 1 Epost till specialistmottagningarna

Hej!

Jag vänder mig till dig, då jag vill komma i kontakt med psykologer som jobbar på specialistmottagningar för bipolär sjukdom runt om i landet.

Jag heter Andrea Sjöström, är legitimerad psykolog och läser termin 5 på psykoterapeutprogrammet i Uppsala. Ända sedan mitt PTP-år på Affektiva mottagningen i Huddinge för åtta år sedan, så har jag intresserat mig för patienter med bipolär sjukdom. Har även jobbat på Enheten för unga med psykos/bipolär sjukdom på BUP-kliniken i Stockholm. De senaste åren har jag varit anställd på vuxenpsykiatriska mottagningar i Sörmland där jag har startat upp både PPI-verksamhet och KBT-grupper för nämnda patientgrupp.

Till våren har jag planerat att skriva min examensuppsats i form av en intervjustudie som har två preliminära huvudfrågor:

- 1) Hur ser behandlingsupplägget ut idag på de olika specialistmottagningarna gällande KBT vid bipolär sjukdom?
- 2) Vad har psykologerna på specialistmottagningarna för tankar eller önskemål kring vad som skulle kunna utvecklas inom KBT för målgruppen?

Min tidsplan är att jag ska komma ut till mottagningarna med start i jan-feb. Tacksam om du ville fråga mottagningens psykologer om någon av dem är intresserad av att bli intervjuad.

Med vänlig hälsning  
Andrea Sjöström

## Bilaga 2 Epost till informanterna

### Bakgrundsinformation inför intervjustudie

Intervjun kommer att ta 60 min och spelas in på ljudfil, för att kunna transkriberas och analyseras. Efteråt kommer ljudfilen att raderas. Du kommer ha möjlighet att läsa ev. citat och godkänna att dessa används i uppsatsen. I möjligaste mån kommer citat att avpersonifieras. Förmodligen kommer det dock inte att bli några uttalanden av känsligare karaktär, eftersom intervjun hela tiden kommer att handla om din syn på olika aspekter av KBT i behandling av bipolär sjukdom. Totalt är det 7 psykologer på specialistmottagningar runt om i landet som kommer att delta.

Före intervjun skulle jag vara tacksam om du ville svara på nedanstående bakgrundsfrågor och mejla svaren till mig. Svaren på dessa frågor kommer att redovisas i tabellform i uppsatsen.

#### Fakta om mottagningen:

1. När startades mottagningen?
2. Kriterier för att bli patient på mottagningen?
3. Antal patienter på mottagningen i nuläget?
4. Antal anställda på mottagningen?
5. Antal anställda psykologer? Hur många av dessa har KBT-inriktning?
6. Andra professioner som arbetar med KBT?
7. Behandlingsutbud utöver KBT? (kortfattat; t ex PPI, medicinering)

#### Fakta om dig:

1. Antal år som leg. psykolog?
2. Övriga titlar utöver leg. psykolog?
3. Antal anställningsår på specialistmottagning för bipolär sjukdom?

*Tack för din medverkan!*

Andrea Sjöström

Leg. Psykolog, psykoterapeutstudent vid Uppsala Universitet

## Bilaga 3 Intervjuguide

### *Frågeområden*

OBS! Avgränsa till att handla om KBT-behandling av bipolär sjukdom, och alltså inte beröra komorbiditet med exempelvis ångesttillstånd.

Vad funkar, funkar inte?

- Vilka interventioner fungerar bäst för olika aspekter av bipolär sjukdom? Vad tror du det beror på?
- Är det några KBT-interventioner som du har slutat att använda och i så fall varför?  
Förtydligande fråga: Vilka anpassningar brukar du göra i KBT vid bipolär sjukdom?
- Vilka KBT-manualer används eller har använts för ev. gruppbehandling? Vad innehåller dem?
- Tillägsfråga: Använder du MI för patienter som inte vill ta sin medicin?

Utvärdering, framtid?

- Vilka mål tycker du ska finnas i KBT-behandling av bipolär sjukdom? Hur hjälper KBT?
- Har du/ni utvärderat KBT-behandlingar på mottagningen? I så fall hur?
- Hur skulle KBT kunna vidareutvecklas? Håller ni på med utvecklingsarbete?
- Vad skulle du vilja se som behandlingsmätt i framtida studier?