

**AKTUELLT**



– Att arbeta kliniskt ger mig även erfarenheter, intryck och idéer som jag tror är nödvändiga för min forskning, säger Sara Pankowski.

Forskaren Sara Pankowski:

# ”Behandlingen av bipolär sjukdom bör ha mer fokus på livskvalitet”

– Jag kan inte tänka mig mer intressanta människor att möta och arbeta med som psykolog än patienter med bipolär sjukdom. Det säger Sara Pankowski, som i sin forskning nu försöker utveckla en KBT-baserad behandlingsmetod med inslag av ACT för den patientgruppen.

TEXT: PETER ÖRN FOTO: ULRICA ZWENGER, PETER ÖRN

**B**ipolär sjukdom tillhör den ”tunga psykiatrin”; behandlingen är främst inriktad på stämningsstabilisering och symtomreduktion med hjälp av främst läkemedel, och psykologin har ofta svårt att tränga igenom i det traditionella medicinska behandlingstänkandet. Men så behöver det inte förbli, och redan står psykologiska interventioner allt mer i fokus för att minska risken för affektiva episoder och som behandling av pågående depressioner och samsjuklighet, exempelvis ångesttillstånd.

Det berättar psykologen och doktorn Sara Pankowski på Affektiva mottagningen på Karolinska universitetssjukhuset Huddinge. Tillsammans med mottagningens tre ytterligare psykologer plus en PTP-psykolog erbjuder hon i dag KBT som ett komplement till läkemedelsbehandling för vissa patienter med bipolär sjukdom, schizoaftektivt syndrom eller recidiverande depression.

– **Bipolär sjukdom** är en fascinerande diagnos, både etiologiskt och behandlingsmässigt. Det psykoterapeutiska

arbetet fungerar som ett komplement till medicinering, och syftar exempelvis till att hjälpa patienten att utveckla en livsstil som minskar risken för nya affektiva episoder. Även i perioder av stabilt mående finns en sårbarhet för att återinsjukna som behöver tas om hand och respekteras. Det är ju en kronisk sjukdom även om den inte är kronisk i den meningen att man alltid är sjuk, säger Sara Pankowski.

**Psykologiska interventioner** är även fokuserade på sjukdomens konsekvenser för relationer, funktionsnivå, och inte minst den självbild som sjukdomsepisoder kan medföra, förklarar Sara Pankowski.

– Det är nog det mest stimulerande med mitt arbete med patienter med bipolär sjukdom, det att kunna hjälpa patienter att utveckla en fungerande relation till sin sjukdom och till sina känslor. Många patienter utvecklar en vaksamhet och en rädsla för att uppleva känslor i sin vardag, eftersom det kan vara svårt att avgöra vad som är en vanlig känsla och vad som är ett första tecken på ett affektivt skov. Det är viktigt att hitta former för att ta hand om

sin sårbarhet och samtidigt leva det liv som man själv vill.

Den psykologiska behandlingen har dock potential att ta en ännu större plats i behandlingen, tror Sara Pankowski. Men då krävs ett bättre vetenskapligt stöd och att behandlingsmetoderna utvecklas. Självtog hon sin psykologexamen vid Uppsala universitet 2010, och redan under PTP:n påbörjade Sara Pankowski sitt första behandlingsprojekt då hon inom ramen för klinisk verksamhetsutveckling utvecklade en ACT-behandling inriktad på ångest hos patienter med bipolär sjukdom.

– I min kliniska vardag blev bristerna i den psykologiska behandlingen allt mer tydliga för mig, den är varken tillräckligt effektiv eller omfattande. Även om KBT kan erbjudas som ett behandlingskomplement för patienter med bipolär sjukdom är det ett område där KBT-forskningen ligger på efterkälken. KBT för bipolär sjukdom är en utvidgad variant av KBT för depression och jag upplevde att man missade viktiga aspekter. Det kändes otillfredsställande, säger Sara Pankowski, och fortsätter:

– Jag skulle vilja erbjuda en behand-

*”Många utvecklar en rädsla för att uppleva känslor då det kan vara svårt att avgöra vad som är en vanlig känsla och vad som är ett första tecken på ett affektivt skov”*



► ling som primärt fokuserar på att öka livskvalitet och funktionsnivå, och inte som i dag enbart på symtomreduktion och återfallsprevention. Psykologisk behandling som inriktas på att ta tillvara och utveckla färdigheter i affekt- och aktivitetsreglering borde kunna bli en parallell standardbehandling vid sidan av den medicinska behandlingen. Men då måste den psykologiska behandlingen bli mer effektiv.

**Nu forskar Sara Pankowski** på halvtid och bedriver kliniskt patientarbete på halvtid, inom ett diagnosområde där psykologisk behandling fortfarande befinner sig – som hon själv uttrycker det – på ”jungfrulig mark”. De patienter som ingår i hennes forskning är desamma som hon möter som kliniker på mottagningen.

– Jag uppskattar att arbeta i en miljö där klinik och forskning samverkar och drar nytta av varandra, och att arbeta kliniskt ger mig även erfarenheter, intryck och idéer som jag tror är nödvändiga för min forskning. Kombinationen gör att jag hela tiden utmanas och utvecklas både i min roll som psykolog och som forskare, säger Sara Pankowski.

På Affektiva mottagningen dominerar läkarna, både sett till antal och till inflytande. Det är läkarna som ställer diagnoserna och som avgör när psykologisk behandling kan vara aktuell som ett komplement till medicinering. Eftersom det alltid handlar om en kompletterande behandling bedriver psykologerna aldrig behandling på egen hand.

För omkring 50 procent av patienterna med bipolär sjukdom är en optimerad läkemedelsbehandling ofta tillräcklig, men för de övriga skulle det krävas något ytterligare.

– I dag erbjuds KBT oftast långt efter det att sjukdomen debuterat och efter flera episoder, och sjukdomsördan

kan vara omfattande. Det ökar risken att patienten inte svarar så bra på den psykologiska behandlingen eftersom KBT har visat sig ha störst effekt i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet, säger Sara Pankowski.

Därför önskar Sara Pankowski att psykologerna kom in i ett tidigare skede och även deltog i vårdplaneringen.

– KBT i kombination med medicinering kan ha en såväl preventiv som behandlande effekt vid bipolär sjukdom. Samtidigt visar forskningen att det ofta inte rör sig om en tillfredsställande effekt, vilket vittnar om att det fattas något i den befintliga KBT-behandlingen.

– Exempelvis har KBT sämre effekt på att förhindra återfall i mani jämfört med depression. Man har även sett att samtidig ångest eller kognitiv funktionsnedsättning, symtom som är oerhört vanliga, har en negativ påverkan på behandlingseffekten.

Att leva med den kroniska sårbarhet som bipolär sjukdom innebär påminner på flera sätt om de villkor som även gäller för smärtpatienter. Sjukdomsepisoderna för båda patientgrupperna påverkar stämningläget och aktivitetsnivån hos den drabbade till den grad att både arbets- och vardagsliv kan bli mycket lidande. En affektiv episod innebär ett stort psykiskt lidande även för de anhöriga, och kan dessutom leda till en kvarvarande försämring av funktionsnivån. Studier har visat att endast 30 procent återfår samma funktionsnivå ett år efter en sjukdomsepisod, som patienten hade före sjukdomsepisoden.

**Vid smärtproblematik** har i dag ACT ett starkt vetenskapligt stöd. I ett nyligen avslutat pilotprojekt ville Sara Pankowski ta reda på om ACT även fungerar för patienter med bipolär sjukdom för att minska graden av ångest

och depression, och öka livskvalitet och psykologisk flexibilitet.

– Min hypotes är att kärnan i problematiken är känslö- och aktivitetsregleringen, både under och efter sjukdomsepisoder. Det kan ha en rad negativa konsekvenser, som att patienten utvecklar en ångest inför sina egna känslor och en benägenhet att feltolka en viss aktivitetsnivå som ett tecken på att man är på väg in i en sjukdomsepisod.

– Den ACT jag använder har ett ångestfokus och används sedan tidigare vid ångestproblematik. Många patienter har diffusa symtom på ångest och den befintliga psykologiska behandlingen vid bipolär sjukdom fångar inte upp den och själv är jag förvånad att ACT inte har testats på dessa patienter, säger Sara Pankowski.

**I pilotstudien ingick** 26 patienter med bipolär sjukdom typ 1 och typ 2. Samsjuklighet exkluderades inte eftersom det är så vanligt, och många hade testat det mesta i behandlingsväg, såsom läkemedel, ECT och KBT.

– Sjukdomsördan var således stor och det handlar om patienter där exempelvis KBT inte brukar ha någon tillfredsställande effekt. I pilotprojektet minskade svårighetsgraden i ångest och depression samtidigt som upplevd livskvalitet och graden av psykologisk flexibilitet ökade. Så resultaten är lo-



vande. Inslagen av mindfulness och acceptans i ACT verkar spela en viktig roll för förbättringarna, säger Sara Pankowski.

Syftet med pilotstudien har främst varit hypotesgenererande: vilka moment i ACT tycks vara viktiga? Vad i behandlingen kan vara svårt att ta till sig? Hur fungerar behandlingsmanualen och hur kan den förbättras? Patienterna fick bland annat genomgå intervjuer efter behandlingen för att ge en bild av vilka moment som upplevdes som verkliga. En preliminär analys anger att det finns ett behov av minneshjälp, hjälpmedel för färdighetsträning samt för kommunikation med behandlaren.

**Nu planerar hon** en större RCT-studie i vilken patienterna ska erbjudas en KBT-behandling som hon själv utvecklat, med inslag av ACT samt ett internetförmedlat stödsystem som är tänkt att fungera som en minneshjälp och ett hjälpmedel för färdighetsträning och för kommunikation med behandlaren. Studiepopulationen utgörs av patienter på Affektiva programmet, som är en del av Affektiva mottagningen och dit patienter främst från primärvården remitteras med specifika affektiva frågeställningar.

– Vi ska även förbättra behandlingsmanualen utifrån den kunskap pilotstudien gav. Fokus kommer att ligga på att utveckla patientens färdigheter. Vi

hoppas komma igång med den studien till hösten, säger Sara Pankowski.

Av dem som väljer att delta i studien kommer hälften att randomiseras till en reguljär behandling, hälften till den anpassade KBT-behandlingen med inbakad psykoedukation om sjukdomen samt inslag av ACT. Båda grupperna behandlas under tre månader (12 sessioner), och följs upp vid tre och sex månader efter avslutad behandling i form av självskattningsformulär och en bedömning av affektiv status och funktionsnivå som görs av tränade bedömare.

**Ett annat forskningsprojekt** som Sara Pankowski driver handlar om att utveckla en semi-strukturerad intervju för funktionsbedömning vid bipolär sjukdom. Sådana funktionsmått saknas i dag inom den svenska psykiatrin, medan det exempelvis finns ett funktionsmått utvecklat i Spanien – Functioning Assessment Short Test (FAST) – som är unikt i sitt slag genom att det är specifikt framtaget för bipolär sjukdom. Funktionsmättet innehåller sex domäner: självständighet, arbetskapacitet, förmåga till återhämtning, kognitiv förmåga, ekonomi samt förmåga att vidmakthålla adekvata sociala relationer.

– Att kunna göra dessa bedömningar är viktiga inte minst för att kunna mäta effekten av både en medicinsk och en psykologisk behandling. De mått vi har i Sverige bygger främst på självskatt-

ning och är inte heller specifikt framtagna för bipolär sjukdom. Det spanska FAST är översatt till svenska och min forskning handlar bland annat om att i en psykometrisk studie validera den svenska översättningen, säger Sara Pankowski.

**I studien ingår** 200 patienter från Affektiva mottagningen. FAST-intervjuer har införts som rutin för sjuksköterskorna på mottagningen och efter årskontrollen görs ett urval som genomgår en ny FAST-intervju utförd av en psykolog, plus att patienterna då får svara på frågeformulär om affektiva symtom, ruminering vid nedstämdhet samt genomgå ett kognitivt testbatteri. Resultaten jämförs sedan med en köns- och åldersmatchad kontrollgrupp.

– Normalt utgår utvärderingar av behandlingsinsatser bara från symtomreduktion och antal inläggningar, inte funktionsnivå och livskvalitet vilket är det vi vill kunna bedöma. I FAST-intervjun frågas om sådant som vi annars inte brukar fråga om, men som är viktigt för fortsatt vårdplanering och vilka insatser som kan behövas, säger Sara Pankowski, och fortsätter:

– Valida och reliabla mått på funktionsnivå och livskvalitet är intressanta för mig både som forskare och kliniker och att införa FAST som en del av årskontrollen är även en del i mottagningens kvalitetsutveckling. ●