

WPA  INTERNATIONAL
CONGRESS
1-5 Sep. 2010 BEIJING, CHINA
CSP Academic Congress



01-05 September 2010
China National Convention Center (CNCC)



World Psychiatric Association International Congress arrangerades 1-5 sept 2010 i Beijing av WPA med 134 medlemsländer. Den hade temat "*Global psychiatry at the frontier: sharing the future*". Resursenheten/AIR besökte kongressen för att dels presentera en nyligen genomförd studie vid Resursenheten, dels för att ta del av det övriga programmet. Här har vi hjälpts åt att sammanställa några av de föreläsningar som vi uppfattade som mest intressanta och relevanta.

Neuroimaging in schizophrenia: An update.
Matcheri Keshavan, Harvard University, USA.

Redan tidigt i sjukdomsförloppet vid schizofreni utgör nedsättningar i social funktion ett kännetecknande drag. Nedsättningen kvarstår trots behandling med neuroleptika och tenderar antingen att vara stabil i svårighetsgrad eller att förvärras i senare faser av sjukdomen. Kognitiv svikt i bland annat i uppmärksamhetsfunktioner, exekutiva funktioner, verbalt minne och social kognition är vanligt vid schizofreni, och är avgörande för prognos. I synnerhet sociala nedsättningar predicerar för hur väl patienter med schizofreni kommer att kunna fungera i samhället. Nuvarande farmakologisk behandling har endast en begränsad inverkan på dessa nedsättningar, varför olika metoder som hjälper eller stödjer kognitiv återhämtning har framarbetats. Keshevan med kollegor (Harvard University, USA) har undersökt en modell för kognitiv återhämtning – Cognitive Enhancement Therapy (CET) – och data indikerar att metoden förbättrar social funktionsnivå både vid schizofreni och vid schizoaffectiva tillstånd. Patienter som erhållit CET blir bättre på att anpassa sig till samhällskrav, presterar bättre i tester av social funktion samt lyckas bättre på arbetsmarknaden. De positiva effekterna tycks kvarstå också efter det att behandling avslutats. Hjärnavbildande tekniker visar att CET åtföljs av förändringar i hjärnans struktur och funktion, vilket skulle kunna förklara de terapeutiska effekterna. Vissa frågor kvarstår emellertid. Bland annat bör framtida studier undersöka närmre vilka neurobiologiska mekanismer som ligger bakom de terapeutiska effekterna, hur CET ska tillgängliggöras för en bredare publik samt vilka patienter och problembilder som utgör de bästa kandidaterna för denna behandling.

Sub-Saharan African experiences.
Solomon Rataemane, Department of Psychiatry, University of Limpopo, Sydafrika.

Fokus för föreläsningen låg på länder i Östafrika – Uganda, Tanzania och Kenya. Detta är länder som är hårt drabbade av dödliga sjukdomar som HIV/AIDS och malaria. De få ekonomiska resurserna som finns inom sjukvården läggs på dessa sjukdomar och den psykiatriska vården kommer långt ner i prioriteringslistan. Många människor har en inkomst motsvarande knappt 10 kr/dag och man söker endast den mest basala nivån av sjukvård.

Det finns få statliga psykiatriska sjukhus och institutioner. Det går en psykiater per miljon invånare. Av de utländska biståndsorganisationer som är verksamma finns det endast ett fåtal aktuella projekt inom psykiatriområdet, och då i huvudsak kopplade till psykiatriska tillstånd i samband med AIDS.

Olika planer har tagits fram på politisk nivå men de olika regeringarna har haft svårt att genomdriva dessa planer, framförallt utanför de stora städerna. En av de främsta

anledningarna vid sidan av bristande ekonomiska tillgångar har varit en låg kunskapsnivå bland sjukvårdspersonal. De senaste insatserna från statligt håll har inriktat sig på utbildning av personal inom primärvården. Dels i syfte att integrera psykiatrisk vård i primärvård och dels för att identifiera olika psykiatriska tillstånd för att kunna ge rätt behandling.

I Kampala, Uganda har Dr. Fred N. Kigozi varit pionjär inom sjukhusbedriven psykiatrisk vård och behandling. Butabikasjukhuset har varit en av de största psykiatriska institutionerna men där patienterna, i likhet med övriga Östafrika, i praktiken inte fått någon behandling. Dr. Kigozi har kraftigt minskat vårdplatserna och istället satsat på medicinering och diagnostik med mycket gott resultat. Butabikasjukhuset ses idag som en förebild för övriga Östafrika.

Solomon Rataemane avslutar föreläsningen med att understryka behovet av att tillföra kunskap inom det psykiatriska området – både till personal och befolkningen i övrigt. Många söker förklaringsmodeller utanför den psykiatriska sfären – att sjukdomstillstånden t ex beror på Gudarnas straff för föräldrarnas handlingar och att dessa hjärnsjukdomar kan smitta. Stigmatiseringen är den största utmaningen. I ett samhälle där gruppen är viktigare än individen och ”the extended family” är den största resursen för den enskilde individen blir en uteslutning ur dessa system fatala. ”You are human because of other humans”.

China’s Anatomy: Something in Mental Health.

Xin Yu, Institute of Mental Health, Peking University, Kina.

Fram till relativt nyligen har psykisk hälsa inte stått högt upp på den kinesiska regeringens prioriteringslista, men på senare tid har dessa frågor lyfts fram på agendan. Efter kulturrevolutionen 1949 har det varit social stabilitet som stått i fokus, vilket påverkat utvecklingen under de senaste 60 åren. Det har bland annat lett till att man skapade stora mentalsjukhus med mer än 1000 sängplatser. Den kinesiska psykiatrin har i hög grad påverkats av kultur och tradition och medfört att människor med psykisk sjukdom ansetts vara ”svaga och ha låg moral”.

Den kinesiska mentalvården har varit uppbyggd på institutionsvård, där de allra svårast sjuka, hemlösa och utstötta vårdats. 1949 fanns det 1000 vårdplatser och en psykiater på 4 miljoner invånare. Det har heller inte funnits någon medicinsk utbildning med psykiatri som specialitet, utan patienterna vårdades av sk ”barfotaläkare” – med ursprung i traditionell medicin och utan skolmedicinsk utbildning. Idag har man en psykiater per 100 000 invånare. Bristen på vårdplatser och vård i allmänhet har inneburit att de allra flesta sjuka inte fått någon vård alls eller blivit omhändertagna av anhöriga. Liksom i många andra länder var det inte ovanligt att man gömde, låste in eller kedjade fast dem i hemmet, vilket till viss del fortfarande sker.

I början på 60-talet beslutades att man skulle omhänderta patienterna och det bildades stora mentalsjukhus ute på landsbygden och i förorterna, men i takt med att Kina öppnar upp sig mot västvärlden och övergår till marknadsekonomi nedmonteras de största institutionerna.

Samhället erbjuder i princip inget stöd eller support kring vård och rehabilitering. För att få tillgång till behandling överhuvudtaget, krävs det att man blir inlagd på någon av de stora vårdinstitutionerna. Av de patienter som får vård är 90% svårt psykossjuka. Ett annat problem

är att man har svårt att rekrytera personal till dessa arbetsplatser på grund av vårdtyngden. Därför ses det också som oattraktivt att utbilda sig inom psykiatri.

Det finns pågående nationella kinesiska projekt som syftar till att ge kontinuerlig psykiatrisk vård för patienter med psykos. Men det behövs även insatser förbättra tillgängligheten för psykisk hälsa och service i allmänhet, eftersom det saknas idag.

En ökad öppenhet mot väst under 2000-talet har gjort att fyra WHO-center har bildats. Man har genomfört nationella surveyundersökningar och utvecklat klassifikationssystemet CCMD - Chinese Classification of Mental Disorder och man har även börjat använda ICD. CCMD är anpassat till regionala förutsättningar och inkluderar även diagnoser som anknyter till traditionellt folkligt synätt på psykisk sjukdom tex diagnoser som "traveling psychosis" och "mental disorders due to superstition or witchcraft".

Towards ICD-11, Revising the classification for mental disorders in primary care. *David Goldberg, Institute of Psychiatry, King's College, London.*

Det stora flertalet personer med psykiska störningar får sin behandling inom primärvård (primary care) medan endast en liten del behandlas inom den specialiserade psykiatrin. Det gäller även västvärlden. Samtidigt saknar behandlingspersonal inom primärvård ofta användbara redskap för att förstå och identifiera de psykologiska svårigheter som ofta åtföljer somatisk sjukdom. Vidare är de kategorier av psykisk störning och sjukdom används inom specialiserad psykiatri – de diagnostiska systemen – inte optimala för att beskriva de mer diffusa och varierande symptom som är vanliga bland patienter i primärvårdsmiljö. Resultatet blir lätt ett flertal diagnoser och ger ofta en felaktig bild av samsjuklighet, fastän helhetsbilden är att det är *ett* tillstånd med varierande, ospecifika uttryck.

Den nuvarande klassificeringsstrukturen ses därför som problematisk att använda inom primärvård och därför föreslås en enklare struktur. En sådan version av ICD-10 presenterades redan 1995, och riktar sig till vårdgivare inom primärvård; ICD-10-PHC (Primary Health Care). Denna motsvarar kapitel fem i ICD-10.

ICD-10-PHC inriktar sig på likheter i symptom mellan diagnoser som i det ordinarie systemet tillhör olika kategorier. Den erbjuder ett förenklat och överblickbart system tillsammans med anvisningar om de viktigaste insatser som bör vidtas för de vanligaste symptom som brukar rapporteras, samt tumregler för när specialistpsykiatrin bör konsulteras.

ICD-10-PHC har används flitigt inom primärvård i stora delar av världen och inför den nya ICD-11 diskuteras vilka ytterligare förbättringar som kan göras. Exempelvis föreslås att symptom grupperas tillsammans utifrån vad som inom aktuell forskning är känt om gemensamma fysiologiska mekanismer och orsaker.

Relevanta artiklar om ICD-10-PHC kan man hitta på WHO:s hemsida (www.who.org)
Originalartikeln som beskriver PHC-versionen har referensen:

Ustun TB, Goldberg D, Cooper J, Simon GE, Sartorius N : New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. British Journal of General Practice (1995/04)

Exemplary practices in East Asia. (Rehabiliteringsprogrammet "Rework programme".)
Tsuyoshi Akiyama, Japanese Society of Psychiatry and Neurology, NTT Medical Center, Tokyo, Japan

Rehabiliteringen består till stor del av arbetsterapi. Man blandar individuell behandling och gruppterapi och man tar emot patienterna i halvdagsprogram. I teamet finns arbetsterapeut, kurator, psykolog, sjuksköterska och läkare. Man gör "invivo-diagnostisering" vilket betyder att man gör både intervju och bedömning i aktivitet innan diagnos är säkerställd. Man anser det viktigt att bedöma personen i funktion för att se aktuella nedsättningar. I intervjusituationen kommer inte funktionsnedsättningar fram på samma sätt. Intervjuarens metod, vana och skicklighet kan också vara avgörande.

Hur kan personer med psykisk sjukdom få samma rättigheter och möjligheter i samhället som friska personer? Ett sätt är att hjälpa dem att komma in på arbetsmarknaden och få ett jobb. *Rework Program* är ett rehabiliteringsprogram som är utvecklat i Japan med syftet att underlätta för personer med långvarig psykisk sjukdom att återgå till arbete. Det första programmet startade 1997 och nu erbjuds programmet på mer än sjuttio psykiatriska enheter över hela Japan. Programmet består bl a av träning av funktioner som underlättar arbetsåtgång; det kan både vara träning enskilt och i grupp. Programmet innebär psykosocial träning, stresshantering, KBT-strategier, fysisk träning och kunskap om sjukdomen. Det är främst med personer med depressionssjukdomar som erbjuds programmet.

Man använder bedömningsinstrument för att så väl som möjligt hitta rätt nivå för träning och rätt nivå av arbete för varje person. Utvärdering sker kontinuerligt. Styrkor och svagheter bedöms och det är viktigt att komma in i och träna roller som krävs för att klara ett jobb utan att drabbas av stress eller återfall. På en arbetsplats accepteras personer med psykisk sjukdom som andra icke-sjuka i större utsträckning om arbetsåtgången lyckas och personen klarar arbetsuppgifter och att delta i olika aktiviteter med sina kolleger.

Depressive disorders: A selective review of the evidence.

Allan Tasman, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, USA.

Depression är en av de vanligaste sjukdomarna och Världsbanken listar depression som den sjukdom som orsakar störst ekonomisk börda, på grund av arbetsförmåga som följd av sjukdomen. Därför är utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder viktig. Det är även nödvändigt att behandlare runt om i världen är utbildade och uppdaterade kring de nya och effektiva behandlingsformerna. World Psychiatric Association har utarbetat ett utbildningsmaterial för behandlare som arbetar med diagnostisering och behandling av depressioner. Här beskrivs några huvudpunkter i presentationen:

Den initiala behandlingens mål skall framförallt bestå av att försöka reducera symtom, stödja patienten i att återgå i arbete och återfå sitt sociala liv. Det kan ske genom medicinbehandling, terapier av olika slag och/eller ECT/TMS (trans magnetisk stimulans-användning i USA om ingen annan behandling fungerar)

Medicinbehandlingen skall påbörjas i små doser och det är viktigt att under första 6 månaderna ha täta kontakter för att upptäcka biverkningar och undvika att patienten avbryter behandlingen. Det kan finnas skäl att pröva flera olika mediciner för att hitta en medicin med

störst effekt och minst biverkningar. Det är viktigt att lyssna på patienten och dennas upplevelse av medicinen. Vid utsättning av medicin ökar risken för återfall, varför en tätare kontakt krävs.

Övrig behandling:

IPT (interpersonell terapi)
Social rehabilitering
Gruppbehandling
KBT
PDT

Det finns lite evidens för att någon terapi är bättre än någon annan. Kombinationsbehandling är att föredra.

I alla länder har man funnit att om patienten har en tillitsfull tro på sin behandlare ökar chansen att patienten fullföljer som behandling. Vid lyckade behandlingar återhämtar sig 80% av patienterna.

Depression in children.

Sam Tyano, Tel Aviv University School of Medicine, Israel.

Depression är en av de äldsta sjukdomarna i psykiatrins historia. Trots det, är det endast 40 år sedan barnpsykiatrer började studera och beskriva hur barn reagerar vid depression. Senare har man även studerat och beskrivit tonåringar och nyligen har studier på spädbarn presenterats.

Det visar sig att barndepressioner inte en indikator på att få depressioner som vuxen.

Barndepressioner är mer påverkade av omgivande och sociala faktorer medan vuxendepressioner är mer ärftligt betingade. Det har visat sig att depressioner hos barn ofta feldiagnosticeras och att de istället får diagnoser som tex ADHD. Detta på grund av att de visar andra symtom än vuxna, tex koncentrationssvårigheter. När det gäller barn är det även viktigt att undersöka droganvändning.

Förekomst

Spädbarn:	0,5 – 3%
Förskolebarn:	1 – 2%
7 – 12 år:	3 – 8%

Först vid 12 årsåldern ser man könsskillnader. Depression är då vanligare bland flickor. Vid behandling är det viktigt att vända sig direkt till barnet och lyssna på dennes version av problemet. Föräldrar skall involveras men deras version av problemet kan skilja sig från hur barnet upplever det. Det är viktigt att få hela bilden. Medicinbehandling svarar de äldre barnen bäst på. KBT är den form av terapi som visat sig mest verkningsfull. Även lekterapi har visat sig vara framgångsrikt.

Training primary care physicians in mental health skills.
David Goldberg, Institute of Psychiatry, King's College, London.

I många delar av världen är vård på mentalsjukhus eller institutioner den enda psykiatriska vård som finns att tillgå. WPA har utvecklat undervisningsmaterial till psykiatriker som stöd för att de i sin tur skall kunna utbilda läkare i primärvården. Dessa har i allmänhet inte den kunskap som behövs för att upptäcka och behandla psykiska sjukdomar. Undervisningsmaterialet består av tre delar:

- Att få färdigheten beskriven för sig
- Att se andra utföra färdigheten
- Att öva själv genom rollspel där man turas om att ha rollen som patient, doktor och observatör.

Programmet liknar delvis ESL/Steg för steg med rollspel och feedback. Fokus ligger på hur man intervjuar och ställer frågor till patienten.

Viktigt är att först utbilda en allmänläkare som i sin tur kan utbilda sina kollegor. Detta ökar statusen på utbildningen.

Balancing public safety and patients rights China- Norway collaboration on patients' rights and ethical dilemmas in psychiatry.

Bjorn Oscar Hofveldt och Eline Thorleifsson, Norska läkarföreningen, Norge.

The Chinese Psychiatrist Association och Norska läkarföreningen har samarbetat i att organisera 8 workshops om mänskliga rättigheter och etiska dilemman inom psykiatrin. 500 psykiatrer från olika regioner i Kina har deltagit i dessa workshops. Trots att psykiatrin ser mycket olika ut i dessa två länder, ställer sig de båda samma frågor och har samma etiska dilemman.

Dessa workshops har behandlat ämnen som mänskliga rättigheter, organisation av psykiatrisk vård, behandling, patienters rättigheter och utbildning av psykiatrer.

Deltagarna har presenterats för olika dilemman och diskussionerna har varit livliga och skett i en positiv anda. Man har uppskattat att lära av varandra. Norska läkarföreningen har producerat två DVD-filmer som som översatts till kinesiska och som har används som underlag vid diskussioner.

Projektet har finansierats av norska utrikesdepartementet.

The Balance between Public Safety and Rights of Mentally Ill Persons: Controversies and Perspectives from China.

Bin Xie, Shanghai Jiao Tong University, Kina

Historiskt och kulturellt är det kinesiska folket av den uppfattningen att alla skall behandlas rättvist, även människor som lider av psykisk sjukdom. Men om man begått ett brott, speciellt mord, är man av den uppfattningen att det krävs ett hårt straff istället för behandling. För allmänhetens säkerhet och för medicinsk behandling sänds många akut psykotiska patienter iväg ofrivilligt till mentalsjukhus utan någon förgående diskussion. I en undersökning 2002 av 2333 psykiatriska patienter visade det sig att endast 18 procent behandlades på frivillig basis.

Sedan 1990-talet har man i Kina arbetat med lagstiftningen avseende tvångsvård. Men det finns fortfarande en del kontroversiella uppfattningar bland behandlande myndigheter. Genom ett landsomfattande träningsprogram där det ingår etik, mänskliga rättigheter och lagstiftning strävar det norsk-kinesiska samarbetet mot att det skall bli en balans mellan allmänhetens säkerhet och mänskliga rättigheter även för personer med psykisk sjukdom.

Dialogue - an Exercise in Communication between Users, Carers and Mental health Workers beyond the Role Stereotypes

Michaela Amering, Wien, Österrike.

Ett aktivt engagemang av brukare, deras familjer och vänner i den psykiatriska vården och utvecklingen av den är väsentligt för en lyckad psykiatri. Samarbete mellan professionella, brukare och familjer behövs för att lösa olika svårigheter och för att generera nya metoder till återhämtning. Att acceptera varandra utanför titlar och olika kunskap är dock en utmaning både för professionella, brukare och anhöriga. För att detta skall ske krävs förändringar i kommunikationen och i hur mötena sker.

I dialogue-grupper möts professionella, brukare och anhöriga i neutrala lokaler för öppna diskussioner om ämnen som berör och är aktuella. Att mötas på detta sätt öppnar nya möjligheter för utbyte av kunskap, dela erfarenheter och ställa frågor. Det kan även vara en början för små aktiviteter på olika nivåer tex diskussionsgrupper om specifika ämnen. I tysktalande länder finns idag över 100 dialogue grupper och över 5000 människor är involverade världen över.

Dialogue-grupperna har regelbundna möten, är ett öppet diskussionsforum då man träffas på en för alla neutral plats. Grupperna består av 10-40 deltagare som växlar över tid. De träffas två gånger i månaden ca två timmar varje gång. Gruppen bestämmer själva utformningen på just sin grupp, hur ofta man skall träffas, vem som är moderator, vilka ämnen som skall diskuteras osv.

Ämnen som ofta kommer upp är:

- Återhämtning
- Besvikelser – vad är realistiskt att hoppas på
- Arbete
- Delaktighet i socialt liv och i samhället
- Andlighet
- Icke-önskad hjälp

Det framkommer att vid flera tillfällen kan samtalen i grupperna beröra, man både skrattar och gråter. Många gånger har man med sig frågor från just sin situation och vill ha råd/hjälp med hur man skall hantera sina svårigheter. Det har visat sig vara mycket uppskattat att diskutera sina svårigheter med personer som inte är familjemedlem men som är familjär med problemen.

I detta symposium fick vi ta del av personliga erfarenheter från två patienter och två anhöriga (från England och Kina). Det var mycket känslösamt och intressant att höra deras tankar erfarenheter. I England finns dialoguegrupper men i Kina önskade man det funnits mer möjligheter till diskussioner med personer som drabbats av samma svårigheter som man själv gjort. Av den Kinesiska mamman (en son med schizofreni) förstod man vilken enorm skam och svårighet det var när ens barn drabbades av en psykisk sjukdom.

Vinsterna med Trialogue:

- tillfälle för professionella att lära av användare och anhörigas erfarenheter
- tillfälle för anhöriga, särskilt där den som är sjuk lever med sin familj, att få stöd
- empowerment för personer som är psyksikt sjuka

Sagt om empowerment:

- I många länder kopplar man samman psykisk sjukdom med inkompetens att överhuvudtaget ta hand om sig själv.
- Att acceptera sin psykiska sjukdom kan ibland leda till uppgivenhet och att man blir mer beroende av stöd från familj och samhälle.
- Viktigt att ge patienterna en kompetens och känsla av att de själva har kontroll över sina liv och samtidigt arbeta med att öka medvetenheten om den egna personen med både svårigheter och tillgångar.

Successful aging in schizophrenia?

Dilip Jeste, University of California, San Diego, USA

Schizofreni beskrevs tidigare som en sjukdom som startar i unga år och som har ett progredierande förlopp. Detta har dock förändrats genom de senaste 25 årens forskning och andra interventioner runt om i världen. Schizofreni som debuterar i tidig vuxen ålder men har sällan ett progredierande förlopp utan det är andra orsaker/omständigheter som medför att återhämtningen inte lyckas. Faktorer som påverkar den insjuknades återhämtning är t ex fördomar i samhället och vården, samsjuklighet med fysiska sjukdomar, negativ effekt och/eller inställning till medicinering och bristande resurser i den psykiatriska vården. Allt eftersom den antipsykotiska medicinen förbättras visas det också på i forskning att flera psykosociala insatser som är manualbaserade förbättrar återhämtningen för personer med schizofreni däribland KBT, social färdighetsträning, hälsoutbildning om diabetes, rehabiliterande träning och arbetsrehabilitering.

Fysisk aktivitet och social stimulans medför att fler områden i hjärnan stimuleras och blir aktiva, vilket medför att andra områden i hjärnan kan kompensera för brister och svagheter. En positiv attityd och att inge hopp är en förutsättning för en god återhämtning.

EGEN PRESENTATION

Vid kongressen presenterades resultaten från en studie i kognitiv träning med programmet Cogmed QM som genomförts vid Resursenheten/AIR, och som flera medarbetare varit delaktiga i på olika sätt. Daniel Abrams och Nina Möller gjorde presentationen.



Från kongressen.

Studien är än så länge publicerad i kortform i det senaste numret av tidskriften Best Practice (dec. 2010), i form av en sammanställning av erfarenheter från undersökningen. Nätupplagan av tidskriften finns att hämta på adressen:

<http://www.swiflet.com/bpsepsyk/bp/4/1/>